BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE PRATIQUE

Dr ALEX. RENAULT

MALADIES BLENNORRHAGIQUES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES

VIGOT FRÈRES, Editeurs, PARIS


22102125008

MALADIES BLENNORRHAGIQUES

DES

VOIES GENITO-URINAIRES

BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE PRATIQUE

MALADIES BLENNORRHAGIQUES

DES

VOIES GENITO-URINAIRES

PAR

LE DOCTEUR ALEX. RENAULT

Médecin honoraire de l'Hôpital Cochin-Ricord

Président de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, Place de l'École-de-Médecine, 23

[1917]

AVANT-PROPOS

La tourmente guerrière, que nous subissons, a donné à la Blennorrhagie un regain d'actualité. D'autre part, la Syphilis a pris dans l'armée des proportions inquiétantes. Si, de tous côtés, on cherche, à juste raison, à endiguer ce dernier fléau et à en combattre énergiquement les manifestations, j'estime regrettable que l'on s'occupe beaucoup moins de la cure des écoulements gonococciques.

C'est en effet presque toujours les accidents du début de la Syphilis que les médecins sont appelés à traiter, c'est-à-dire les accidents qui n'entraînent, que bien rarement, l'indisponibilité des hommes. La Blennorrhagie au contraire expose, comme nous le verrons plus loin, à deux complications redoutables, rendues encore plus fréquentes par les fatigues de la guerre: l'orchi-épididymite, qui, lorsqu'elle est double, mène à la stérilité et le rhumatisme, dont certaines localisations, la localisation talonnière en particulier, privent les malades de la marche, souvent pendant plusieurs mois, résultat déplorable dans un temps où la victoire réclame l'emploi de toutes les forces vives de la nation.

PRÉFACE

Le livre, que nous offrons au public médical, est une œuvre essentiellement pratique. Sans doute, elle est incomplète, en ce sens que nous avons seulement effleuré les recherches de laboratoire. Celles-ci nécessitant un outillage et un temps, dont la généralité des médecins ne dispose pas, notre travail a visé presque exclusivement la clinique et la thérapeutique, seuls moyens d'ailleurs que possédaient nos pères. Assurément leur diagnostic était moins minutieux, leurs procédés thérapeutiques, moins complets. Il serait cependant injuste de méconnaître qu'ils guérissaient leurs malades dans la plupart des cas. En réalité, encore à l'heure actuelle, la clinique est le fil d'Ariane qui nous mène le plus sûrement à la notion des maladies et aux indications curatives qui en découlent. C'est dans cet esprit que nous avons rédigé les pages qui suivent, espérant que nos confrères voudront bien les accueillir avec faveur, et leur accorder une attention bienveillante.

En dehors de nos observations personnelles, nous avons puisé de précieux documents dans le savant article, toujours classique, de M. le professeur Fournier (Dict. Jaccoud) ; l'excellent livre trop peu connu de M. le docteur Berdal sur les maladies vénériennes et

enfin dans le traité remarquable de la blennorrhagie que vient de faire paraître notre très distingué collègue M. le docteur Luys.

HISTORIQUE

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il n'est pas sans intérêt d'indiquer brièvement les étapes parcourues par l'étude de la Blennorrhagie, à travers les siècles, avant d'en arriver à la conception actuelle de la maladie et à l'exposé des moyens thérapeutiques qui en dérivent.

C'est de l'excellent livre de M. le docteur Luys sur la Blennorrhagie, que nous avons tiré la plupart des documents qui suivent.

Les écoulements de l'urèthre semblent avoir été connus de tout temps. Car 1700 ans avant notre ère, Moïse dans le Lévitique en donne le signalement. Il y parle de l'impureté de l'homme qui souffre du fluxum feminis. Il ajoute que cette impureté s'étend au lit, sur lequel couche le malade et au siège, sur lequel il s'asseoit. On voit donc que Moïse avait déjà la notion de la contagiosité de la maladie.

Cependant, ce n'est que 12 siècles plus tard, que l'on trouve dans les livres d'Hippocrate et de ses disciples les premières observations qui aient une apparence scientifique.

A dater de cette époque, on peut diviser en trois périodes les phases successives, présentées par les divers problèmes se rattachant à la question des flux uréthraux :

1° Une période ancienne, que j'appellerai fantaisiste;

2° Une seconde, nosologique ;

3° Une troisième, pathogénique.

1re période, fantaisiste.

La première période est celle du chaos, tant nosologique que thérapeutique. Les auteurs émettent les idées les plus étranges sur la nature de la maladie et proposent des traitements, dont quelques-uns touchent au grotesque.

Hippocrate, qui vivait 5 siècles avant J.-C., pensait que les écoulements purulents de l'urèthre dépendaient de tubercules et de carnosités dans le canal.

Pour Galien, qui a créé le nom de gonorrhée au IIe siècle de notre ère, il s'agissait d'une excrétion involontaire de sperme.

C'est également l'opinion de Cœlius Aurelianus, au VIe siècle. Il appelle semence aqueuse la purulence de l'urèthre.

Gordon, au XIIIe siècle, partage encore cette même croyance.

D'après cet auteur, la gonorrhée est une émission de sperme sans volupté, qui, outre les excès vénériens, peut être due à ce que le patient s'est assis sur une pierre froide.

Dans les autres écrits, appartenant à la première période, il est surtout question de moyens thérapeutiques.

Rhazès, médecin arabe du IXe siècle, indique un traitement assez rationnel. Il recourait d'abord à la méthode antiphlogistique, puis il recommandait des injections d'eau miellée avec décoction de semences de coing. Mais, pour cicatriser le canal, il prônait la céruse ou l'antimoine.

Gordon, le même qui avait imaginé une pathogénie si bizarre de la blennorrhagie, conseillait la saignée, le vomitif et le sirop rosat. Si le malade était atteint de rétention, il prescrivait des bains d'eau douce, leur

adjoignant, chose bien étrange, pour seconder leur efficacité, l'application sur la verge de punaises vivantes ou broyées. Il imitait en cela Avicenne, qui, pour faire uriner les malades en rétention, introduisait un pou dans le méat.

Au XV[e] siècle, Marcellus Cumanus avait un traitement, bien que singulier, beaucoup plus raisonnable. Sa méthode consistait à purger, à mettre à la diète et à faire des onctions avec de l'huile. Ce n'était toutefois que des moyens adjuvants. La cure, vraiment efficace, se composait d'injections uréthrales avec du lait de vache, de chèvre ou de femme, s'il était possible.

Constantin l'Africain, au XI[e] siècle, avait déjà préconisé les injections de lait de femme.

Il est juste de reconnaître que, dès cette première période, on avait songé à la prophylaxie des écoulements uréthraux.

Sans compter l'école de Salerne, qui enjoignait d'uriner, sitôt après le coït, Guillaume de Salicet, au XIII[e] siècle, recommandait le lavage à l'eau après chaque rapport suspect et Lanfranc, son élève, des ablutions avec moitié eau et vinaigre et même sa propre urine.

Jean de Gaddesten, qui professait à Oxford à la même époque, avait eu l'idée du suspensoir, pour prévenir l'orchite.

Guy de Chauliac, à la fin du XIV[e] siècle, prônait aussi ce procédé. Quant au traitement qu'il préconisait contre la blennorrhagie, on peut le qualifier de grotesque.

Il vantait les injections avec l'huile de scorpions ou la fiente de colombe, destrempée de lessive et coulée. Pour lui également le pou et la punaise, au pertuis de la verge, possédaient une efficacité réelle.

Avec la seconde période, nous entrons dans une ère qui mérite le nom de scientifique. La nosologie devient la préoccupation des auteurs. 2e période nosologique.

Ce fut en effet au commencement du XVIe siècle, que Vigo distingua le premier la blennorrhagie de la syphilis, dont il plaçait l'apparition en l'année 1494.

Malheureusement la confusion se renouvela dans l'esprit des médecins qui le suivirent.

Brasavole en 1551, Ambroise Paré en 1564 considéraient la blennorrhagie comme un des accidents de la syphilis.

Cette erreur persista jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, où John Hunter la partageait encore.

Entre temps, Morgagni avait accompli de grands progrès dans l'étude anatomo-pathologique des uréthrites. Il avait montré que l'écoulement provenait non pas des vésicules séminales mais de la muqueuse du canal, et décrit en même temps les lacunes qui portent son nom, en insistant sur le rôle que joue leur inflammation dans l'uréthrite chronique.

Ce fut en 1793 que Bell distingua définitivement la blennorrhagie de la syphilis, affirmant que la première est une infection locale, due à une contagion bien différente de la contagion syphilitique.

Les idées de Bell reçurent leur consécration des travaux de Ricord en 1831. Ce spécialiste éminent démontra, à la suite d'inoculations célèbres, que le point de départ de la syphilis était un chancre, origine d'une série d'accidents qu'il divisa en secondaires et tertiaires. Il sépara ainsi complètement la blennorrhagie de la syphilis, en affirmant que la première ne donnait jamais lieu à la seconde.

Il fut moins heureux dans la conception de sa pathogénie.

Pour lui, l'écoulement pouvait se développer sous l'influence de causes variées.

Rollet de Lyon, au contraire, soutenait l'origine virulente et spécifique de la Blennorrhagie.

3e période, pathogénique.

Les travaux contemporains devaient bientôt lui donner raison.

En 1879, Neisser, alors assistant à la clinique dermatologique de Breslau, mettait en évidence le véritable agent pathogène de la Blennorrhagie, qu'il désigna sous le nom de gonocoque.

Quelques années après, Bumm obtenait des cultures pures de ce micro-organisme et, un peu plus tard, Wertheim indiquait un moyen pratique d'y parvenir.

En conséquence de ces découvertes, la thérapeutique a pu accomplir des progrès très importants.

Janet d'abord a perfectionné, à l'aide des grands lavages au permanganate, les moyens d'abortion de la Blennorrhagie, déjà tentée par Ricord avec les injections de nitrate d'argent.

Notre distingué collègue a montré en outre l'utilité de ces mêmes lavages à la période de la maladie confirmée.

Mais c'est surtout dans la Blennorrhagie chronique, cette maladie si rebelle, que les procédés nouveaux rendent d'immenses services.

La dilatation préalable du canal, si utile pour le succès des traitements ultérieurs et déjà mise en faveur par Ambroise Paré, a été singulièrement facilitée par l'invention des bougies métalliques, due à Béniqué.

Entre temps, M. le professeur Guyon proposait les instillations de nitrate d'argent, dans le but d'agir

directement sur le mal, cantonné dans l'urèthre postérieur.

C'est toujours à la même indication que répondent les grands lavages au nitrate d'argent, au protargol, au sublimé, à l'oxycyanure de mercure, ainsi que l'expression de la prostate recommandés par tous les spécialistes de nos jours.

Enfin, dans les cas foncièrement rebelles, nous avons à notre disposition l'uréthroscopie, qui est une création pour ainsi dire contemporaine.

Sans doute, dès 1854, un chirurgien français, Désormeaux, avait ouvert la voie, en imaginant un instrument qui constituait, bien que primitif, une véritable découverte, puisqu'il avait pour but de repérer, de visu, le siège des lésions et de pouvoir ainsi agir directement sur elles.

Depuis, l'appareil de Désormeaux a été très perfectionné en Allemagne par Oberlander de Dresde et par ses élèves, Kollmann, Wossidlo et Frank.

La France n'est pas restée en arrière. Nous devons citer les uréthroscopes d'Horteloup, de Le Fur et enfin celui à vision directe de Luys, dont le maniement est facile à apprendre et donne d'excellents résultats pratiques.

On peut donc conclure qu'aujourd'hui il est tout à fait exceptionnel que l'on ne parvienne pas à guérir un écoulement, quelle que soit son ancienneté, tandis que jusqu'à la fin du siècle dernier, lorsqu'on avait le malheur de posséder une goutte militaire, il fallait se résigner à la garder, pour ainsi dire, sa vie durant.

TABLE GÉNÉRALE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

DEUXIÈME PARTIE

COMPLICATIONS DE LA BLENNORRHAGIE

MALADIES BLENNORRHAGIQUES

DES

VOIES GÉNITO-URINAIRES

Les maladies blennorrhagiques des voies génito-urinaires que nous nous proposons de décrire, comprennent la blennorrhagie aiguë et chronique, tant chez l'homme que chez la femme et l'enfant, ainsi que les complications, qui en dérivent. **Préambule.**

A propos du diagnostic cependant, nous parlerons des uréthrites simples dont les germes morbides sont *variables* et encore assez mal connus, mais dont les caractères cliniques offrent de nombreuses analogies avec ceux qui appartiennent à la blennorrhagie vraie.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS SUR LE GONOCOQUE

La seule condition étiologique, nécessaire à la production de la blennorrhagie, aussi bien chez l'homme que chez la femme et l'enfant, est réalisée par la pénétration dans l'urèthre du microbe, qui a reçu le nom de gonocoque.

Quelle technique doit-on suivre pour le mettre en évidence et quel aspect offre-t-il sous le microscope?

Recherche du Gonocoque.

Pour rechercher le gonocoque, il faut avoir à sa disposition une lampe à alcool, une lame de verre, bien propre, une aiguille de platine, des couleurs basiques d'aniline, soit du bleu de méthylène ou du violet de gentiane, de l'eau pure, des compresses, de l'huile à immersion et enfin un microscope, comportant un oculaire 3 et un objectif à 1/12e.

Règles à suivre pour la recherche du Gonocoque.

Chez l'homme : Presser le canal de la racine de la verge vers le méat, de façon à faire sourdre une goutte de pus.

Chez la femme : Presser également la paroi inférieure du canal, en introduisant un doigt dans le vagin.

Ne pas oublier toutefois que dans la blennorrhagie de la femme, l'urèthre n'est pas toujours envahi.

Enfoncer alors doucement dans le vagin dès qu'il est possible, un petit spéculum et, à l'aide d'un fil de platine, puiser une parcelle de pus dans le cul-de-sac antérieur, région où la sécrétion utérine ne paraît pas se mélanger à la sécrétion vaginale.

Etaler ce pus en couche mince avec l'aiguille de platine sur la lame de verre, que l'on a, au préalable, essuyée soigneusement.

Passer trois fois la lame à travers la flamme d'une lampe à alcool ou d'un bec de Bunsen, de façon à fixer la préparation.

Couvrir la couche de pus de bleu de méthylène ou de violet de gentiane et laisser la couleur en contact avec la lame pendant une minute à deux.

Laver ensuite soigneusement à l'eau.

Sécher la lame en la plaçant au-dessus de la flamme de la lampe à alcool.

Couvrir, après dessiccation, la couche de pus coloré d'une goutte d'huile à immersion.

Regarder enfin au microscope en ayant soin de plonger l'objectif dans la goutte d'huile.

Voici alors ce que l'on constate !

Localisation et caractères du Gonocoque.

Le gonocoque siège dans les leucocytes polynucléaires et à la surface des cellules épithéliales. Mais on peut l'apercevoir aussi, quoique plus rarement, entre les éléments anatomiques.

Il a la forme d'un diplocoque. On le dirait constitué par



FIG. 1. — Aspect microscopique typique des gonocoques, d'après G. LUYS.

deux moitiés de sphère, allongées, placées en face l'une de l'autre et séparées par un espace clair. La face externe de chaque moitié est convexe, tandis que la face interne, qui regarde la face similaire de l'autre moitié, est légèrement concave. Bref, il a la configuration d'un grain de café, juste dénomination qui lui a été attribuée.

En se réunissant à ses congénères, il forme de petits amas que l'on reconnaît avec la plus grande netteté, dans les leu-

cocytes polynucléaires, leur localisation préférée, à telle enseigne que l'on ne peut pas affirmer la nature gonococcique d'éléments, disposés en grains de café, si on ne les rencontre qu'isolés et situés en dehors des globules de pus.

Remarque.

On a assigné, comme un de leurs principaux attributs, capables d'en assurer le diagnostic, le fait de ne pas fixer la coloration iodo-iodurée de Gram, après avoir été teint avec une couleur d'aniline.

Cette assertion n'est pas tout à fait exacte, attendu qu'il existe d'autres diplocoques, qui, après les teintures précédentes, se décolorent complètement sous l'influence de l'alcool absolu.

Il faut donc se garder d'attacher à cette particularité une valeur séméiologique trop importante. La disposition en grains de café et surtout la localisation intra-leucocytaire suffisent au diagnostic.

Je passerai sous silence la culture du gonocoque. Il s'agit d'une opération délicate, nécessitant l'emploi de sérum sanguin ou de liquide d'ascite, réclamant un véritable entraînement et en réalité n'étant pas absolument nécessaire à la détermination du germe morbide.

Aspect des cultures.

Quoiqu'il en soit, lorsqu'on est arrivé, après plusieurs tentatives, à obtenir une culture pure, on aperçoit le long du tube à essai de petites taches superficielles, transparentes comme du verre, à surface humide et vernissée.

CHAPITRE II

BLENNORRHAGIE AIGUË CHEZ L'HOMME

I. — Caractères cliniques.

La blennorrhagie aiguë est une maladie cyclique, qui comprend, une période de début, une période d'état et une période de déclin.

Ce n'est pas immédiatement après le coït qu'elle se déclare. Les premiers signes sont précédés d'une période d'incubation, dont la durée, lorsqu'il s'agit d'une première infection, varie dans la généralité des cas de 5 à 8 jours.

S'agit-il de plusieurs atteintes antérieures, alors cette durée est plus courte et ne dépasse pas ordinairement trois jours.

Première période.

Tout à fait au début, le malade n'éprouve que des sensations subjectives. Dans l'épaisseur du gland, au niveau de la fosse naviculaire, il ressent, au moment de la miction, un chatouillement, qui est très supportable. Mais au plus tard le surlendemain, apparaissent des signes physiques. Les lèvres du méat se gonflent, deviennent rouges et se collent. Cette adhérence est due à la sécrétion d'un mucus visqueux, qui précède l'écoulement véritable.

Très rapidement, le chatouillement, provoqué par le passage de l'urine, se transforme en une sensation pénible ; l'écoulement, de visqueux et filant, augmente d'abondance et devient muco-purulent.

Période d'état.

Nous voici arrivé à la période d'état ; c'est-à-dire vers le 4e ou 5e jour.

A cette phase de la maladie, il y a lieu de considérer : l'état de la verge, les caractères de l'écoulement, les douleurs à la miction et aux érections, rarement enfin des phénomènes généraux.

1º *Etat de la verge.* — Dans bien des cas, celle-ci n'est pas modifiée. Elle a sa forme et son volume normal; seul le pus, qui s'écoule par le méat, indique l'existence de la blennorrhagie.

Le plus souvent, toutefois, les lèvres du méat sont gonflées et rouges. De son côté, le gland participe à la tuméfaction et prend une coloration rouge violâtre.

Chez quelques malades même, lorsque la blennorrhagie est très intense, se développe un œdème du prépuce, qui peut entraîner un phimosis et entraver la découverte de la source purulente.

2º *Caractères de l'écoulement.* — En pleine période d'état : surtout lorsqu'il s'agit d'une première blennorrhagie, presque toujours intense, l'état de la chemise est le premier signe révélateur de la blennorrhagie. Le linge est en effet couvert de taches, jaunes ou vertes. Ce double aspect acquiert d'autant plus de netteté que celles-ci sont plus sèches. Lorsque l'écoulement est très abondant, les macules se réunissent et mouillent le devant de la chemise dans une étendue, égale au moins au creux de la main. Enfin, il arrive que la phlegmasie atteigne une intensité telle, que le pus se trouve mélangé de sang, aisément reconnaissable aux taches rouges foncées, disséminées au milieu des autres.

Quant au pus, il s'écoule sans cesse du canal, à l'insu des malades. Epais d'abord au début, il tend à se fluidifier, à mesure que l'écoulement persiste. C'est enfin dans la matinée qu'il est le plus fourni, devenant plus discret dans l'après-midi et le soir.

3º *Douleurs à la miction et aux érections.* — A la miction, la douleur est habituellement très vive. C'est une sensation de cuisson violente, de brûlure et même de déchirement qui se produit lorsque la muqueuse du canal se déplisse sous l'effort de l'urine, dont le jet est devenu plus mince, en raison du gonflement de la muqueuse.

A noter que la douleur n'est pas toujours en rapport avec le degré de l'inflammation. Ainsi on voit des blennorrhagies intenses, n'occasionner qu'une sorte de gêne, lorsque le malade urine, tandis que l'hyperesthésie est extrême avec un écoulement léger.

Quant à l'urine émise, on conçoit aisément, à cause de sa purulence, qu'elle soit trouble et lactescente. Elle diffère d'ailleurs d'aspect, selon que le malade l'émet dans un ou deux verres. Nous verrons au diagnostic que cette dissemblance sert à mesurer l'étendue de la phlegmasie uréthrale.

Les douleurs, provoquées par les érections, sont peut-être encore plus pénibles, que celles qui accompagnent les mictions. C'est la nuit qu'elles se montrent avec le plus d'intensité. Elles résultent de la chaleur du lit, des rêves lascifs, de la distension de la vessie. Bref, elles troublent le plus souvent le sommeil des malades et les obligent à se lever pour calmer l'éréthisme qui les torture, en trempant leur verge dans l'eau froide.

Les souffrances redoublent, si par hasard une éjaculation se produit, le sperme sort en bavant et le malade éprouve une véritable sensation de déchirement.

Les conditions anatomiques, réalisées par le pénis au cours de la blennorrhagie aiguë, expliquent les angoisses du patient. L'urèthre est incapable de se prêter au développement qu'acquiert le reste de l'organe au moment de l'érection. Il en résulte une courbure à concavité inférieure de la verge. L'arc de cette courbure est représenté par les corps caverneux et l'urèthre en forme la corde ; de là le nom de chaudepisse cordée, lorsque cette disposition est portée à l'extrême. Les souffrances peuvent alors devenir tellement vives, que certains malades placent leur verge sur un plan horizontal et d'un coup de poing rompent la corde.

Le soulagement est immédiat. Mais gare aux conséquences de cette pratique sauvage. Il y a tout lieu de craindre des hémorrhagies, un rétrécissement traumatique, voire même la gangrène.

4° *Etat général.* — Rarement la blennorrhagie ébranle l'organisme. Chez la grande majorité des malades, elle reste une maladie locale. Cependant, il est possible qu'elle provoque sur les sujets impressionnables de l'inappétence et un léger état fébrile. Dans quelques cas enfin, heureusement tout à fait exceptionnels, l'infection, d'abord localisée, se généralise, et peut entraîner des accidents nerveux ou viscéraux, capables de se terminer par la mort.

Nous en parlerons au chapitre des complications.

Période de déclin.

Après avoir persisté à l'état aigu pendant une quinzaine de jours, la maladie tend à régresser spontanément et l'écoulement s'atténue d'autant plus vite, que le traitement est mieux appliqué.

Quelles sont alors les modifications symptomatiques ?

La douleur à la miction disparaît. Les malades n'éprouvent plus qu'une sensation de chaleur. Les érections perdent leur fréquence et n'occasionnent plus qu'une gêne très supportable.

Le flux blennorrhagique enfin change de consistance et de couleur.

D'épais et jaune-verdâtre qu'il était au début, il devient plus fluide, puis successivement blanchâtre et opalin. Il se transforme enfin en un liquide visqueux, qui file entre les doigts.

Durée de déclin.

La durée de la blennorrhagie aiguë est variable. On peut dire cependant, que lorsqu'elle est méthodiquement traitée et soumise aux règles d'une hygiène appropriée, elle ne dépasse pas en général six semaines.

Sans doute quelques-unes sont plus courtes; on en voit qui se terminent au bout d'un mois; mais elles sont rares.

Le plus souvent, chez les arthritiques et surtout chez les malades qui, se croyant guéris, se livrent à des écarts de régime, elle se prolonge bien au delà de six septénaires, on la voit persister pendant 2, 3 mois et même davantage.

Telles sont la marche et la durée d'une première blennorrhagie aiguë franche.

Mais lorsque le sujet a subi plusieurs atteintes, la maladie revêt les allures d'une phlegmasie subaiguë.

L'incubation est plus courte; elle dépasse rarement 2 à 3 jours.

L'aspect de la verge n'est pas modifié.

La douleur est à peine marquée, tant à la miction qu'aux érections.

L'écoulement, au lieu d'être franchement purulent, est plutôt muco-purulent.

Il ne faudrait pas croire que, malgré ces symptômes atténués, la longueur en soit moindre. Je sais bien que quelques-

unes de ces blennorrhagies disparaissent rapidement. Mais c'est l'exception. Le plus souvent elles traînent en longueur et les patients ne s'en débarrassent qu'au prix d'une médication ponctuellement suivie et du régime le plus sévère.

Qu'il s'agisse de blennorrhagie aiguë ou subaiguë, le point capital est de ne pas confondre guérison apparente avec guérison réelle.

Que de malades se figurent complètement libérés, parce qu'ils n'éprouvent plus aucune gêne, tant à la miction qu'aux érections, que le devant de leur chemise reste immaculé et qu'ils n'aperçoivent plus la moindre goutte, émergeant de leur canal. Grave erreur, capable d'entraîner des conséquences fatales, s'il s'agit surtout d'un candidat au mariage.

Signes de guérison complète.

Quelles sont donc les épreuves à tenter pour affirmer la guérison ?

Première règle : L'examen doit être pratiqué le matin, au réveil du malade, à la condition que celui-ci soit resté sans uriner 7 à 8 heures. Réalisé le jour, dans les mêmes conditions, ce contrôle aurait une valeur précaire. Car c'est toujours la nuit que l'écoulement persiste en dernier ressort.

Or, pour affirmer la guérison, voici la technique à suivre et le résultat que l'on doit constater, bien entendu avant la miction.

Il va de soi que, pour que la recherche soit fructueuse, le malade ne soit pas en état d'érection, comme il arrive si souvent le matin au réveil. Il faut donc attendre un peu, sachant que la verge revient à son volume normal, dès que le sujet est levé.

1° Regarder d'abord si les bords du méat sont collés. Ils doivent être libres et simplement appliqués l'un contre l'autre ;

2° Chercher si, en les écartant, on aperçoit la moindre goutte.

A l'état normal, au point où les deux muqueuses se rejoignent, il n'existe qu'une ligne transparente, qui n'est autre

que le produit de la sécrétion normale des glandes du canal destinée à en lubrifier les parois ;

3° Si l'on ne découvre rien, presser alors le canal le long du périnée depuis la marge de l'anus jusqu'à la racine de la verge ; puis saisissant le pénis entre deux doigts, continuer la pression jusqu'au méat. Si le prépuce est un peu long, il faut avoir le soin, en opérant la traction, de ne pas le laisser dépasser l'orifice uréthral. Autrement, pour apercevoir la goutte, il serait nécessaire de le retirer en arrière et dans cette manœuvre le reliquat blennorrhagique, rentrant dans le canal, ne pourrait être apprécié.

Eh bien ! lorsque toutes ces conditions ont été remplies, si la guérison est réelle, on n'apercevra plus en écartant les lèvres du méat, que la ligne transparente sus indiquée, au point où les deux muqueuses se rejoignent. En rapprochant celles-ci jusqu'à l'orifice uréthral, naturellement la ligne humide remonte mais rien ne doit émerger au dehors ;

4° Une dernière épreuve est nécessaire. L'absence de goutte, bien et dûment constatée, on fera uriner le malade dans plusieurs verres, de façon à vider complètement la vessie ; on laissera déposer l'urine cinq minutes environ ; puis avec un bâtonnet quelconque et mieux une baguette en verre, on recherchera, surtout dans le premier et le dernier verre, en pénétrant jusqu'au fond, s'il y a de petits fils blancs à remonter vers la surface, quand on agite le liquide.

A l'état normal, chez un individu sain, on aperçoit dans la première urine du matin quantité de petits filaments. Mais ces filaments sont très fins, transparents et nagent au milieu du liquide. Ils se précipitent au contraire, s'ils sont franchement blancs et lourds.

Chez un sujet, antérieurement atteint de blennorrhagie, il est très rare de faire disparaître complètement ces derniers. Il en persiste un ou deux, gagnant lentement le fond du verre, ou encore on découvre un long filament, plus coloré que les autres, qui occupe les couches supérieures de l'urine. Si tout suintement, par la pression du canal, a disparu, il n'y a pas à y attacher d'importance; le reliquat indique simplement que la muqueuse uréthrale a été antérieurement atteinte et qu'il y a lieu d'être prudent dans les rapports se-

xuels. Mais le malade peut se considérer comme guéri. Il n'a plus rien à redouter d'une femme saine et de contacts modérés.

Ces détails peuvent paraître bien minutieux. Mais je considère les renseignements, qu'ils fournissent, comme indispensables, pour assurer la guérison et permettre sans appréhension le mariage.

Pronostic.

La blennorrhagie uréthrale est une affection sérieuse, qu'il ne faut pas traiter à la légère, ainsi que beaucoup de jeunes gens ont tendance à le penser.

Il importe d'envisager sans cesse deux points noirs :

1° La tendance à la chronicité ;

2° L'apparition de complications multiples, capables d'aggraver singulièrement la marche de la maladie ou au moins d'en prolonger la durée.

On doit tenir compte aussi de certaines malformations locales qui rendent la gonorrhée interminable, telles que : le rétrécissement du méat, l'hypospadias et l'épispadias, ce dernier heureusement beaucoup plus rare.

Gardons-nous enfin d'oublier l'influence fâcheuse de l'état de misère physiologique et du tempérament dit arthritique. Tous les médecins savent que les sujets, qui portent cette dernière tare à un degré accentué, résistent beaucoup plus que d'autres aux bienfaits de la thérapeutique et de l'hygiène appropriées.

Inutile d'ajouter que la susceptibilité des malades à l'envahissement du gonocoque est au prorata des atteintes antérieures.

II. — Diagnostic de la blennorrhagie aiguë.

Cette question, dont la réponse paraît si simple en apparence, est plus complexe qu'on a tendance à le croire et comporte des difficultés qu'il importe de connaître.

Quels sont donc les points à élucider ? Il faut savoir :

1° Si l'écoulement provient réellement de l'urèthre ;

2° S'il est blennorrhagique, c'est-à-dire dû au gonocoque ou à d'autres causes ;

3° Si l'urèthre est envahi en totalité ou seulement dans sa portion antérieure ;

4° Quel est, d'après les caractères extérieures du flux, l'âge de l'écoulement.

a) L'écoulement provient-il réellement de l'urèthre ? — De prime abord, cette question paraît enfantine. Il n'y a, direz-vous, qu'à regarder le méat ou à presser légèrement le gland pour mettre au jour une goutte indiscutable. D'accord, mais si vous êtes en présence d'un malade, dont le limbe préputial soit étroit et le prépuce, en état de phimosis, vous constaterez sans doute une surabondance de pus, mais saurez-vous s'il vient de la cavité préputiale ou de l'urèthre. Le cas est souvent fort embarrassant et l'on voit des médecins méconnaître la source du pus et traiter une blennorrhagie, qui n'existe pas.

Il faut se rappeler en effet, que le flux excrété par l'orifice préputial, peut non pas seulement provenir de l'urèthre mais d'une simple balanite, d'un herpès confluent, d'une chancrelle, d'un chancre syphilitique, voire même de végétations sous-préputiales.

De quels points de repère disposerez-vous pour résoudre le problème?

Si le pus provient de l'urèthre, vous aurez des douleurs à la miction et aux érections et, en promenant le doigt le long de la face inférieure de la verge, vous constaterez que le canal est sensible et légèrement dur.

Rien de semblable, lorsque le flux purulent est d'origine préputiale. Mais en revanche, si la miction est libre, si les érections sont indolores, le gland supporte péniblement la pression, soit dans toute son étendue, en cas de balanite ou d'herpès confluent, soit en un point limité, s'il s'agit d'une chancrelle, d'un chancre syphilitique ou de végétations. En outre, le chancre syphilitique s'accompagne d'une zone dure, nettement perçue sous le prépuce. J'ajoute que des végétations circonscrites fournissent parfois la même sensation. Il serait donc téméraire de se prononcer, sans voir le corps

du délit. Enfin, dans les cas douteux, reste un moyen de contrôle, qui a une grande utilité.

Il faut pratiquer une ou plusieurs injections abondantes d'eau bouillie entre le prépuce et le gland. Si cette opération terminée, il vient encore une goutte, en pressant le bout de la verge, c'est que le pus provient du canal et non de la cavité préputiale, que les larges irrigations ont détergée.

b) S'agit-il d'une blennorrhagie vraie, à gonocoques, ou d'une uréthrite non gonococcique ?

La réponse sera prompte si vous êtes en mesure, à l'aide d'une aiguille en platine, de recueillir une parcelle de pus, de l'étaler sur une lame, de le colorer avec une couleur d'aniline et de l'examiner au microscope. Mais supposez un médecin de campagne ou de petite ville, qui n'a pas à sa disposition l'outillage nécessaire, pourra-t-il conclure en l'absence de la constatation du fameux gonocoque.

Je crois pouvoir répondre : oui ; surtout s'il s'agit d'un premier écoulement. La durée de l'incubation, les troubles fonctionnels et les signes physiques suffisent. Si la goutte a été précédée de chatouillements, de picotements dans la fosse naviculaire et n'est apparue que 4 à 8 jours après le coït ; si, vers la fin du premier septénaire, les douleurs sont devenues vives à la miction, aux érections et ont gagné toute l'étendue du canal; si le pus, qui sort du méat est franchement jaune, abondant et épais, on peut conclure à une blennorrhagie vraie.

Sans doute ces caractères sont moins nets, lorsqu'il s'agit de blennorrhagies ultérieures, qui souvent rendent le canal peu douloureux. Mais la notion d'un coït suspect 2 à 3 jours avant l'apparition des premières gouttes, l'abondance et la coloration de l'écoulement mettront sur la voie du diagnostic.

Les uréthrites non gonococciques méritent toutefois de nous arrêter assez longuement.

a) **Uréthrites non gonococciques primitives**

Elles proviennent d'abord de causes multiples, nécessaires à connaître, tant au point de vue de leur nature, que du mode de traitement à leur appliquer.

Pour la clarté du sujet, il importe de les diviser en primitives et secondaires.

Dans les premières, nous trouvons :

1° Les uréthrites, dites bactériennes, c'est-à-dire produites par d'autres microbes que le gonocoque ;

2° Les uréthrites dues au traumatisme, causées par le passage d'une sonde malpropre ou un cathétérisme brutal et maladroit. Elles peuvent être encore provoquées par l'introduction de corps étrangers dans l'urèthre, tels que : aiguille à tricoter, porte-plume, etc., destinés à accroître les sensations génésiques chez quelques dégénérés ;

3° Les uréthrites irritatives : celles qui résultent d'injections trop prolongées dans un but curatif ou encore d'injections destinées à prévenir un écoulement, dont on se croit menacé.

Dans cette catégorie doivent rentrer les uréthrites, que l'on peut observer, chez les buveurs de bière outranciers, celles qui relèvent du contact des règles ou d'excès de coït et de masturbation.

Dans les uréthrites très rares, on peut compter celles qui résultent de l'introduction de certains médicaments dans l'organisme ; tels que : l'iodure de potassium, le nitrate de potasse, les cantharides, l'arsenic.

Plus exceptionnelles encore sont les uréthrites, que l'on a attribuées soit à des états généraux, à marche chronique, comme le rhumatisme, la goutte, la tuberculose, voire la syphilis ; soit à des maladies infectieuses : fièvre typhoïde et oreillons.

Toutes ces uréthrites ne se produisent guère que chez les sujets, qui ont été antérieurement atteints de blennorrhagies vraies et dont le canal reste sensible.

Quelle que soit la cause, qui les ait provoquées, leur aspect clinique diffère de celui de la blennorrhagie aiguë. Il se résume en ce fait : que tous les symptômes sont très atténués. Ainsi la douleur à la miction et aux érections n'existe pour ainsi dire pas. Quand le malade urine, il ne ressent qu'une sensation de picotement au niveau de la fosse naviculaire. Le flux séropurulent ou purulent est léger et tache à peine le linge. Dans la plupart des cas, on ne s'en rend bien compte, qu'en pressant sur le gland. En outre, l'incubation est très courte. C'est habituellement dès le lendemain ou le surlende-

main, parfois au bout de quelques heures, que les phénomènes morbides se dessinent.

N'allez pas croire, malgré cette bénignité apparente, que ces écoulements soient quantité négligeable. Si plusieurs d'entre eux disparaissent au bout de quelques jours, soit spontanément, soit à la suite d'un traitement anodin, la plupart offrent une ténacité désespérante, en dépit des cures les plus rationnelles et les mieux conduites. Nous indiquerons au chapitre : traitement, les moyens qui semblent donner les meilleurs résultats.

b) Uréthrites non gonococciques secondaires.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que des écoulements exclusivement causés par une inflammation primitive de la muqueuse du canal, il nous faut maintenant aborder le diagnostic des uréthrites secondaires. Celles-ci dépendent de lésions dont la nature diffère essentiellement des flux gonococciques ou non et n'agissent qu'à titre d'agents provocateurs.

Parmi ces causes, nous trouvons d'abord l'herpès uréthral, puis les deux sortes de chancres : le chancre simple et le chancre spécifique ; enfin les affections, voisines ou éloignées, dont le pus s'écoule par le canal.

1) Herpès uréthral.

a) *Signes de présomption.* — Apparition rapide, au niveau de la fosse naviculaire, d'une douleur vive à l'occasion de la miction et des érections.

En écartant les lèvres du méat, constatation d'une muqueuse rouge et tuméfiée. Par la pression du canal, écoulement minime d'une sérosité presque incolore chez un sujet, enclin de par son tempérament, aux poussées herpétiques.

b) *Signes de certitude* ou au moins de quasi-certitude.

A l'orifice de l'urèthre, existence d'une ou deux érosions d'herpès et concomitance de lésions semblables sur le prépuce et sur le gland.

Coït remontant à plus de huit jours, dépassant par conséquent l'incubation des uréthrites simples ou gonococciques.

On est obligé de convenir, qu'en l'absence de ces derniers

points de repère, l'herpès uréthral ne peut être que soupçonné.

Quoiqu'il en soit, la maladie ne dépasse pas une semaine, puis, tout rentre dans l'ordre.

2) Chancre simple uréthral.

Lorsque ce chancre siège dans la fosse naviculaire, les troubles fonctionnels ressemblent à ceux de l'herpès uréthral, avec cette différence cependant que le pus qui s'écoule, après la pression du gland, est plus abondant et prend une couleur chocolat, due à un mélange de sang, en quantité plus ou moins notable.

Mais une telle localisation est bien exceptionnelle. Dans la règle, le chancre simple siège à l'entrée du canal et il est facile, en écartant les lèvres du méat, de voir une ulcération, taillée à pic, à bords décollés, à fond déchiqueté, anfractueuse et couvert de pus.

3) Ulcération blennorrhagique.

On peut cependant se trouver en présence d'une autre perte de substance, d'ailleurs fort rare, dont il y a lieu de se méfier : c'est l'ulcération blennorrhagique.

Celle-ci est superficielle. C'est plutôt une érosion plane et rouge, souvent indurée de base. Mais il existe en même temps une blennorrhagie, révélée en dehors de l'examen microscopique, par l'abondance de l'écoulement et la douleur propagée à toute l'étendue du canal, à l'occasion des mictions et des érections.

Ces mêmes caractères permettront de reconnaître la coexistence possible de la blennorrhagie et du chancre simple. D'un côté, les signes d'une phlegmasie, ayant gagné la profondeur du canal ; de l'autre, à l'orifice de l'urèthre, une perte de substance, possédant tous les attributs de la chancrelle.

Supposons néanmoins que le diagnostic reste en suspens. L'inoculation d'une parcelle de pus chancrelleux, soit à l'abdomen, soit au bras, dissipera tous les doutes. Positive, elle affirmera la présence du chancre simple; négative, elle signifiera ulcération blennorrhagique ou chancre syphilitique.

On a reproché à l'inoculation expérimentale d'exposer au phagédénisme. L'objection est fondée, bien que pareil acci-

dent soit rarissime. On le préviendra d'ailleurs, en détruisant par une cautérisation au crayon de nitrate d'argent le chancre simple dès son apparition.

4) Chancre syphilitique uréthral.

Il siège, soit dans la fosse naviculaire, soit le plus souvent au méat.

Est-il invisible, c'est-à-dire localisé à la fosse naviculaire? Les caractères de l'écoulement, provoqué par la pression du gland, n'ont pas de valeur, au point de vue du diagnostic. C'est un liquide, couleur chocolat, analogue à celui du chancre simple.

Mais contrairement à ce qui existe dans le chancre simple, l'absence de douleur, par la pression du gland, constitue un signe de présomption.

Il n'y a toutefois que l'induration, qui puisse donner la certitude. Comment la percevoir? La verge relevée de la main gauche et le prépuce, tiré vers la couronne, il suffit de serrer le gland d'avant en arrière, en appliquant la pulpe de l'index au niveau de la commissure antérieure du méat et la pulpe du pouce à la commissure postérieure. On perçoit alors une induration très nette, occupant la paroi droite ou gauche de la fosse naviculaire, pouvant même en enserrer complètement le pourtour.

Lorsque le chancre siège au méat, ce qui est la règle, le diagnostic devient aisé, en dehors de l'induration, sur laquelle nous n'avons pas à revenir. La perte de substance possède les attributs du chancre syphilitique, c'est-à-dire qu'elle est en général superficielle, taillée en pente douce de la périphérie vers le centre, à fond rougeâtre et uni, à sécrétion enfin discrète.

Dans le cas où le chancre syphilitique se complique de blennorrhagie, nous avons déjà dit, à propos de la coïncidence de celle-ci avec le chancre simple, qu'il est possible de la reconnaître à l'abondance du pus et à la propagation de la douleur à toute l'étendue du canal.

Bien autrement difficile, sinon impossible, est la distinction entre l'ulcération blennorrhagique déjà citée et le chancre spécifique. Mêmes caractères morphologiques, même induration de base. Le seul point de repère que l'on possède, et

encore est-il précaire, est la rareté de la première de ces lésions. Force est donc, pour se prononcer, d'attendre l'apparition des accidents secondaires.

5) Affections voisines ou éloignées dont le pus s'écoule par le canal.

La sécrétion purulente peut avoir sa source soit dans des abcès péri-uréthraux ou prostatiques, soit encore dans une cystite ou une pyélo-néphrite, comme nous le verrons au chapitre des complications de la blennorrhagie.

Il ne sera question ici que de l'uréthrite tuberculeuse.

Bien rarement, celle-ci est primitive. Elle fait partie, dans la généralité des cas, de la tuberculose uro-génitale et alors, en palpant l'épididyme, en explorant la prostate, les vésicules séminales, on trouve des tuméfactions, des nodosités, qui constituent des éléments précieux de diagnostic, surtout s'il s'y ajoute un état général de déchéance et, *a fortiori,* des signes de bacillose pulmonaire, l'absence enfin de toute contamination intersexuelle sera une source importante d'information.

Diagnostic de l'étendue de l'écoulement uréthral.

Il est clair que, lorsqu'il existe une complication telle que : orchi-épididymite, prostatite ou cystite, l'urèthre postérieur est envahi. Mais ces complications, à moins que le traitement ait été intempestif, n'adviennent en général que vers la troisième semaine. Or il est intéressant de savoir si l'urèthre postérieur est envahi plus tôt.

Si l'on s'en rapporte aux recherches de Lanz et de Janet, cette pénétration serait précoce dans un bon nombre de cas. D'après Lanz : 20 fois 0/0 dans la première semaine ; 30 0/0, dans la seconde. La statistique de Janet est encore beaucoup plus suggestive ; elle accuse 40 0/0 dans les quatre premiers jours et, une fois, le gonocoque aurait été trouvé au bout de quinze heures.

Pour le praticien, qui ne peut se livrer à pareille recherche, il y a un moyen simple de s'en assurer ; ce moyen consiste à faire uriner le malade dans deux verres. Lorsque l'urèthre antérieur est seul atteint, l'urine du premier verre est trouble et celle du second, claire. Le canal est-il pris dans son entier ? Le trouble existe dans les deux verres.

Tout à fait au début, le méat est rouge et la sécrétion, peu abondante.

Diagnostic de l'âge d'une blennorrhagie.

A la période d'état, c'est-à-dire au bout de 5 à 6 jours, on note des douleurs vives à la miction, aux érections et un écoulement abondant, épais, franchement jaune.

Mais à partir de la 3e semaine, quand le traitement a été bien dirigé, les douleurs cèdent et l'écoulement devient plus fluide.

Enfin à la période terminale, persiste le matin une simple goutte, révélée seulement par la pression du canal.

III. — Traitement de la blennorrhagie aiguë.

1° Médication abortive.

Première question du plus haut intérêt pour le malade. *Est-il possible de faire avorter une blennorrhagie naissante ?* Sans doute, la chose peut être tentée, mais sans grand espoir de succès.

Et d'abord, quelle est l'indication requise ? C'est que l'écoulement date de 36 heures au plus et ne consiste qu'en un léger flux muqueux ou à peine muco-purulent. Or, il est bien rare qu'un malade se présente dans des conditions aussi propices. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours, qu'il se décide à consulter le médecin.

Je suppose cependant qu'il réclame *ab ovo* son intervention. Examinons les moyens qui ont été recommandés pour tenter l'aventure ?

On a conseillé primitivement les injections au nitrate d'argent à 1/30e, et même à 1/20e ; puis les injections de protargol, qui est un albuminate d'argent à 4 0/0.

L'injection au nitrate d'argent doit être abandonnée, parce qu'elle est trop douloureuse et qu'elle provoque des phénomènes réactionnels intenses, capables d'aggraver la blennorrhagie naissante.

Le Protargol est beaucoup mieux supporté. Deux injections par jour sont nécessaires et chacune doit être gardée dans le canal 10 à 15 minutes.

Si au bout d'une semaine maximum, l'urèthre n'est pas asséché, il faut y renoncer.

On peut substituer au Protargol des injections de perman-

ganate de potasse à 50 centigr. 0/00. Dix grammes environ de cette solution seront poussés dans le canal, chaque fois que le malade aura uriné et le liquide sera conservé 2 à 3 minutes.

Dans le cas où le flux continue à être purulent après une cure de 6 à 8 jours, on peut conclure que le moyen a échoué et, sans perdre plus de temps, il y a lieu de recourir au traitement classique.

C'est encore dans un but abortif que M. le Dr Janet a proposé les grands lavages uréthro-vésicaux avec le permanganate.

Il faut se servir de solutions faibles, à 1/4000e et même 1/5000e.

Dans les trois premiers jours, le lavage sera pratiqué matin et soir ; puis, les jours suivants, un seul lavage, le matin, suffira. J'en indiquerai la technique à propos du traitement de la blennorrhagie traînante. Pour le moment, je me borne à signaler ce moyen qui, dans l'espace d'une semaine, aurait dans quelques cas arrêté l'écoulement.

Si ce procédé a pu procurer d'heureux résultats, il faut convenir qu'il n'est pas sans danger, en risquant de donner un coup de fouet à l'inflammation uréthrale et de provoquer une cystite.

Je me borne à signaler, en terminant, la médication abortive interne par la fameuse potion de Chopart, préparation complexe et ancienne dans laquelle prédomine le baume de copahu.

C'est une drogue abominable, qui expose le malade à des accidents cholériformes et n'est pas plus efficace que les précédentes. Aussi est-elle aujourd'hui complètement délaissée.

Bref, quand on se décide à tenter la méthode abortive, il ne faut pas trop se bercer d'illusions et prévenir le patient des aléas qu'il encourt. En gardant le silence, le médecin risquerait d'être taxé d'ignorance et d'impéritie.

2° Grands lavages uréthro-vésicaux.

Le flux blennorrhagique n'ayant pu être tari dès sa naissance, les spécialistes ont cherché une autre méthode de cure que le traitement classique, passible, il faut bien le reconnaître, de reproches justifiés. Ce traitement est en effet de longue haleine. Au début, il est malpropre, puisqu'il doit favoriser l'écoulement. Le linge est odieusement souillé de pus et l'on

doit prendre toutes sortes de précautions pour dissimuler, tant bien que mal, les taches dont la chemise est maculée.

Plus tard, l'odeur de l'urine, imprégnée de balsamiques, peut révéler l'infortune du malade.

Ces sérieux inconvénients ont conduit M. le Dr Janet à appliquer au traitement de la blennorrhagie en puissance les grands lavages uréthro-vésicaux avec les solutions permanganatiques, déjà tentées dans le but abortif.

M. Janet n'hésite pas à déclarer que toutes les fois qu'il a pu intervenir à temps, c'est-à-dire avant les symptômes francs d'acuité, il est arrivé à obtenir en 6 à 10 jours un succès complet, c'est-à-dire la disparition totale de l'écoulement.

Depuis l'expérience acquise par l'emploi de cette méthode, que nous décrirons plus loin, des résultats aussi remarquables ne s'expliquent que par une série heureuse et l'habileté de M. le Dr Janet.

Sauf bien rares exceptions, lorsque les grands lavages sont administrés dès le début, la guérison apparente est un trompe-l'œil. Il persiste un suintement muqueux ou même mucopurulent, et au moindre écart de régime, le gonocoque, qui avait disparu, sort de ses repaires, ramenant un écoulement comme aux premiers jours de la maladie.

Supposons maintenant que la méthode de Janet soit confiée aux malades, même après explications minutieuses, gare alors aux cystites et aux orchites, voire à la rétention d'urine, lorsque le sujet a réagi trop vivement à la solution introduite dans la vessie.

3° Méthode classique.

En résumé, il est plus prudent et plus pratique de s'adresser au traitement classique, malgré ses inconvénients.

Inutile de rappeler que le début du flux gonorrhéique est signalé par des phénomènes inflammatoires, en général intenses. Le méat urinaire est rouge et gonflé ; les mictions et les érections sont douloureuses. Bref, l'indication formelle est de combattre la phlegmasie, premier acte de la maladie. Sans doute, beaucoup de patients demandent à ce qu'on leur évite cette phase dégoûtante. Ils réclament d'emblée la diminution de l'écoulement. Le médecin doit leur résister, en leur expliquant que tout moyen restrictif augmenterait

l'acuité des souffrances et les contraindrait, au bout de quelques jours, à recourir aux antiphlogistiques. En réalité, céder aux désirs des malades serait prolonger leur mal, sans bénéfice réel.

Il est d'ailleurs facile d'épargner le linge, en coiffant le gland d'un petit tampon d'ouate hydrophile. Chaque fois que le malade urine, il enlève ce capuchon et change l'ouate.

En quoi doit consister le traitement antiphlogistique? Il peut être formulé de la façon suivante :

TRAITEMENT ANTI-PHLOGISTIQUE.

1° Boire exclusivement, tant aux repas qu'entre les repas, si l'on a soif, moitié tisane de graines de lin et moitié lait. Le thé, le café, le vin seront donc supprimés, *a fortiori* la bière et les liqueurs.

Il importe que le médecin prenne la peine d'expliquer au malade, qui aime ordinairement les menus détails, la façon de préparer cette tisane.

On met une cuillerée à bouche de graines de lin dans un linge en toile fine, de la grandeur du creux de la main ; autour de cette graine, on replie le linge que l'on attache avec un fil ; le nouet ainsi formé est plongé dans une casserole, contenant un litre d'eau ; après avoir fait bouillir cette eau pendant 10 minutes environ, on la passe à travers un torchon, pour qu'elle ne soit pas trop épaisse.

Si le malade trouve cette tisane, coupée avec le lait, trop fade, il peut l'additionner de sucre.

2° Prendre matin et soir, un bain de verge, dans un verre, contenant de l'eau bouillie tiède; y rester 1/4 d'heure environ.

3° Tous les deux jours, un grand bain de 3/4 d'heure. Température : 35°.

4° Ne pas manquer de porter un suspensoir dans la journée pour éviter l'orchi-épididymite, surtout menaçante vers la troisième semaine.

5° Dans le même but, éviter les longues marches, la danse et les exercices violents, tels que : la gymnastique, la bicyclette, l'équitation, l'escrime.

6° Continuer la nourriture ordinaire, en évitant cependant les piments, les épices et les acides, qui favorisent la culture du gonocoque. Le malade devra donc s'abstenir de salade

crue, à cause du vinaigre, d'oranges et de citrons. Dans la saison des asperges, supprimer ce légume, par la raison qu'il contient un principe, l'asparagine, qui, en passant dans l'urine, la rend très irritante.

Tels sont le régime et l'hygiène à suivre, tant que persistent les douleurs à la miction et aux érections, que l'écoulement est abondant et épais, ce qui demande 15 jours à 3 semaines environ.

Dans le cas où les érections seraient trop douloureuses, se lever et plonger la verge dans l'eau froide, ou encore avaler 4 à 5 des pilules suivantes : une toutes les heures.

Camphre......................	10 centigr.
Extrait thébaïque............	1 —

pour une pilule.

Lorsque le malade n'a plus, en urinant, qu'une sensation de chaleur très supportable, que les érections ne le tourmentent plus la nuit, que l'écoulement est devenu plus séreux et tend à diminuer, c'est alors le triomphe des remèdes destinés à assécher le canal.

Mais ne pas oublier que, si à cette période, la tisane, les bains locaux et généraux doivent être supprimés, le régime et l'hygiène, prescrits au début, seront maintenus pendant toute la durée de la blennorrhagie et même 15 jours à 3 semaines après guérison complète, pour éviter toute rechute.

A la décoction de graines de lin et de lait, seront substitués le lait, ou l'eau ordinaire. Il faut éviter les eaux minérales, qui favorisent l'écoulement.

Il serait trop long d'énumérer tous les médicaments, qui ont été préconisés pour supprimer l'écoulement. Je n'en retiendrai que deux, consacrés par le temps et l'expérience : 1° le mélange de copahu et de cubèbe ; 2° l'essence de Santal, d'où provient l'Arhéol. MÉDICAMENTS.

Le copahu et le cubèbe sont les remèdes les plus anciens.

Il est rare qu'on les emploie séparément. Dans la pratique, on les associe, en les mélangeant et en leur donnant une consistance de pâte molle, désignée sous le nom d'opiat.

L'opiat est avalé en bols, roulés dans du sucre en poudre

ou enrobés dans du pain à chanter, préalablement humidifié. On donnera à chaque bol le volume d'une petite noisette.

Voici une bonne formule due à M. le professeur Fournier :

Cubèbe en poudre............	10 grammes
Copahu......................	3 —
Sirop de goudron............	Q. S.

A prendre dans la journée, en 3 ou 6 bols : 1 ou 2 au début de chaque repas, selon la préférence du malade.

Il y a beaucoup de patients qui se refusent à avaler les bols, à cause de leur grosseur. On est alors très heureux de pouvoir leur donner un remède, contenu dans de petites capsules et au moins aussi efficace que le copahu et le cubèbe. Ce remède, c'est l'Arhéol, qui est en quelque sorte la quintessence du Santal. Le malade en avalera 6 à 9 capsules par jour, en trois fois.

L'Arhéol a en outre l'avantage, sauf exceptions rares, de ne causer aucun trouble du côté de l'estomac, des intestins et de la peau, contrairement à l'opiat, qui provoque assez souvent des nausées, des vomissements, des coliques, suivies de diarrhée et des éruptions tégumentaires intenses.

Que l'on s'adresse à l'une ou l'autre médication, celle que l'on aura choisie doit être continuée, non pas seulement jusqu'à guérison complète, constatée ainsi que je l'ai expliqué antérieurement, par un examen matinal méticuleux, mais encore une dizaine de jours de plus, en diminuant progressivement les doses, pour affermir la guérison.

Quant au régime des boissons et au régime alimentaire, il ne sera prudent de les quitter que vingt jours après assèchement complet de l'urèthre.

Le malade pourra revenir alors au vin coupé d'eau, au café, au thé; à l'occasion, aux liqueurs douces, curaçao ou anisette. Mais ce n'est que deux mois après disparition absolue du suintement terminal, que seront autorisés la bière, le champagne, les liqueurs fortes et les asperges en leur temps.

Les mêmes délais doivent être prescrits pour la reprise des rapports sexuels, avec recommandation d'éviter les excès. Il ne faut pas oublier, en effet, que le canal reste sensible

pendant un temps, difficile à fixer, à la suite d'une blennorrhagie aiguë.

Eh bien ! On peut affirmer, malgré la haute autorité des professeurs Neisser et Jadassohn, qui prétendent les grands lavages toujours indispensables, que si toutes ces prescriptions sont fidèlement remplies, la guérison sera complète.

La durée d'une blennorrhagie, ainsi traitée, est de six semaines environ, ai-je déjà dit, et, en comptant les précautions ultérieures, il faut attendre deux mois au moins, avant de reprendre les habitudes ordinaires.

Il peut y avoir cependant des exceptions à cette règle. On les rencontre chez les sujets très arthritiques, dont le canal est prédisposé, de par leur tempérament, aux inflammations uréthrales. Il arrive un moment où, malgré la persévérance dans les remèdes internes et une hygiène scrupuleuse, l'état reste stationnaire. L'écoulement est réduit à une goutte matinale; mais cette goutte persiste sans changement.

Force est donc de recourir à d'autres moyens. Nous avons alors à notre disposition les injections et les grands lavages uréthro-vésicaux.

Userons-nous des injections? C'est un moyen précaire, qui très souvent n'empêche pas la blennorrhagie de persister et voici pourquoi :

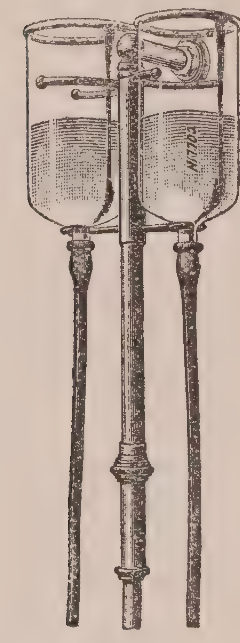
J'ai fait remarquer un peu plus haut que, dans un grand nombre de cas, le gonocoque franchissait promptement le sphincter uréthral et pénétrait dans l'urèthre postérieur. Or les injections parcourent la portion antérieure du canal ; mais il est bien rare qu'elles en atteignent la profondeur. Il en résulte qu'elles peuvent modifier la muqueuse de l'urèthre antérieur, mais restent sans effet sur la partie profonde.

GRANDS LAVAGES.

C'est donc aux grands lavages qu'il faut recourir. De toutes les solutions, qui ont été proposées, la plus efficace sans contredit est celle au permanganate de potasse.

Voici l'outillage nécessaire : un bock, pouvant contenir deux litres; un tube de caoutchouc, égal à 2 mètres envi-

ron et une canule de Janet, s'adaptant à l'extrémité du tube (*fig.* 2 et 3).



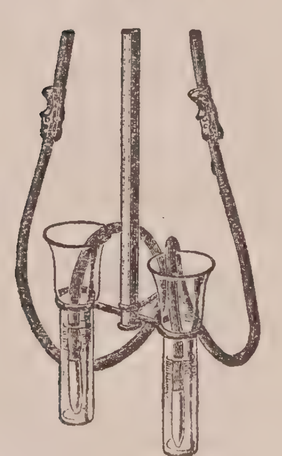


FIG. 2. — Appareil pour grands lavages uréthro-vésicaux (COLLIN).

Les *règles à observer* sont les suivantes:

1° Attendre, pour commencer le traitement, que la blennorrhagie soit réduite à une goutte, démontrée par la pression du canal, le matin, au réveil;

2° Ne pas laisser les malades procéder aux lavages. Il s'agit d'une opération délicate, qui ne doit être confiée qu'au médecin ou à un infirmier expérimenté.

Il ne faut pas oublier, en effet, que cette méthode, excellente quand elle est opportune et appliquée avec art, a causé plus de mal que de bien entre des mains inhabiles. Que d'écoulements indéfiniment entretenus, que d'orchites, que de cystites eussent été évitées, si les conditions requises avaient été strictement observées ;

3° Commencer par une solution faible : 20 centigrammes de permanganate pour un litre d'eau bouillie ; augmenter chaque jour de un à 5 centigrammes, suivant la sensibilité du canal.

Pour bien se rendre compte de la graduation à suivre, il importe, avant chaque nouveau lavage, de s'enquérir près du malade des sensations, que le précédent lavage lui a causées. En général, la première fois que le patient urine à la suite de l'opération, il ressent des picotements assez vifs. La

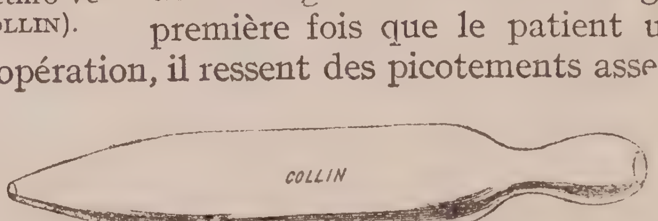


FIG. 3. — Canule du Dr JANET.

seconde fois, ces picotements doivent avoir presque disparu. S'ils persistent la journée entière, c'est que la solution, trop

concentrée, avait irrité le canal ; d'où la nécessité le lendemain d'étendre davantage le permanganate et de revenir, par exemple, à 30 centigrammes 0/00, si la dose de 35 centigrammes a provoqué des cuissons permanentes. Les jours suivants, les doses ne seront augmentées qu'avec prudence.

TECHNIQUE

Voici maintenant la *technique* :

Après avoir procédé à l'asepsie de l'appareil, en faisant passer à travers le bock, le tube en caoutchouc et la canule



Fig. 4. — Lavage de l'urèthre antérieur. La canule est appliquée mollement contre le méat.

un litre d'eau bouillie et très chaude, injecter la même quantité de solution permanganatique, portée à 35°.

Le premier demi-litre sert à laver l'urèthre antérieur. Pour cela, il suffit d'appliquer la canule à l'entrée du canal, sans serrer contre elle les lèvres du méat.

Pour le lavage de cette partie de l'urèthre, le bock doit être accroché à 75 centimètres au-dessus du siège du malade,

en position assise ; pour la pénétration dans la vessie, à $1^{m}25$. Les lèvres du méat seront alors pressées fortement sur la canule.

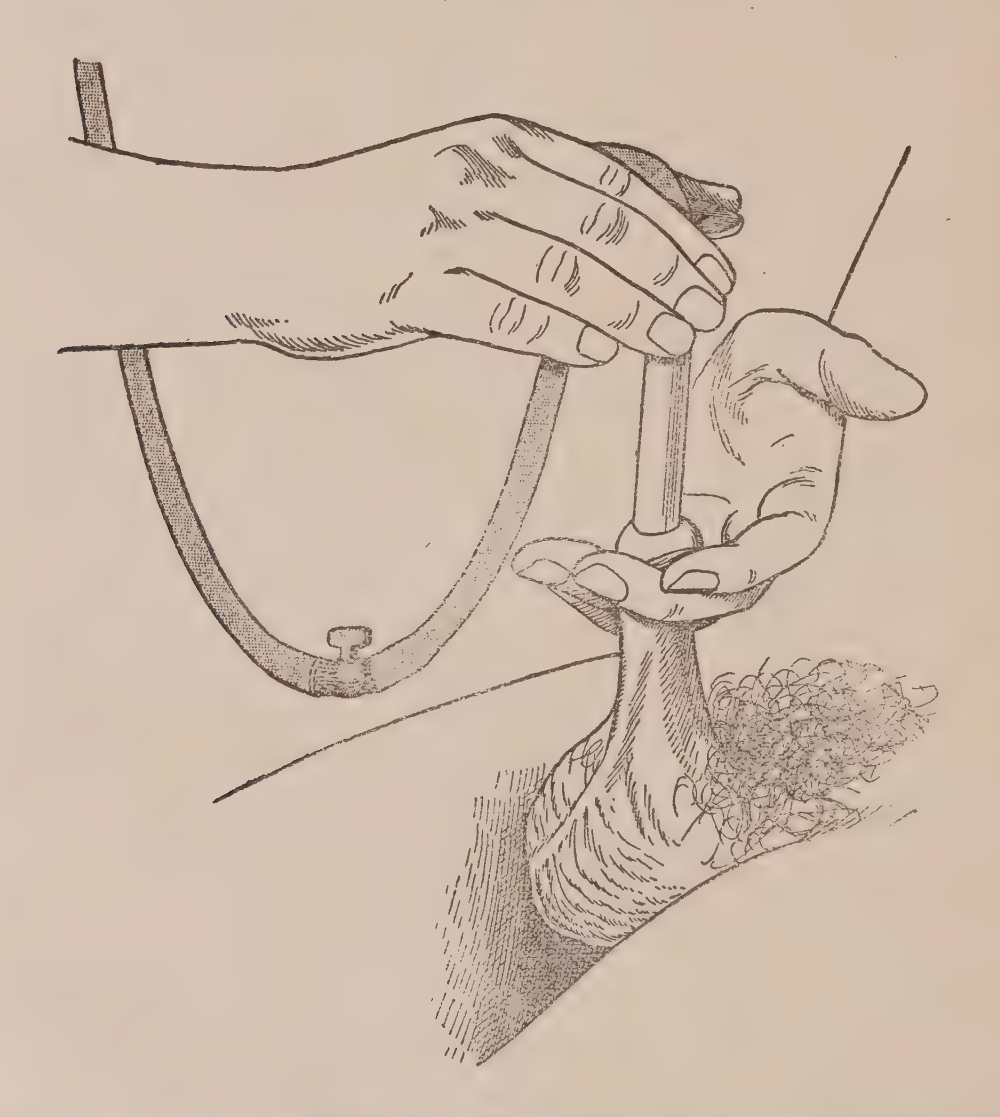


Fig. 5. — Lavage de l'urèthre postérieur. La canule est appuyée contre le méat et empêche le liquide de revenir au dehors.

Il faut éviter de distendre outre mesure le réservoir vésical et laisser uriner le malade, dès que le besoin se fait sentir.

On rencontre des patients dont la muqueuse est très irritable et dont le sphincter de l'urèthre s'oppose à l'entrée du liquide.

Chez de tels sujets, introduire au préalable dans le canal, avec une petite seringue, que l'on aura fait bouillir, 10 centi-

mètres cubes d'une solution de stovaïne à 1 0/0 préférable à la cocaïne, parce qu'elle est moins toxique et la laisser en contact avec la muqueuse pendant 5 minutes environ, avant de procéder au lavage.

Celui-ci doit avoir lieu le matin seulement. Mais il importe d'examiner d'abord l'état de l'urèthre, afin de pouvoir se rendre compte des progrès de la guérison.

Pour que cet examen puisse être concluant, il faut que le patient n'ait pas uriné depuis 7 à 8 heures.

Le médecin presse alors soigneusement le canal, depuis le pourtour de l'anus jusqu'à l'extrémité de la verge. Il se rend compte ainsi de la persistance ou non de la goutte. Puis il recherche les filaments, après avoir commandé au malade d'évacuer complètement sa vessie dans des verres. Pour que l'expérience soit concluante, on doit avoir le soin de laisser déposer le liquide pendant 4 à 5 minutes, afin de donner aux fils lourds le temps de gagner le fond des récipients. Pratiquement, on n en découvre que dans le premier et le dernier; exceptionnellement dans les autres.

J'ai indiqué, précédemment, les critériums de cure; je n'ai donc pas à y revenir ici.

Peut-il y avoir inconvénient à poursuivre les lavages encore quelques jours dans le but d'affermir davantage la guérison.

Un ou deux suffisent amplement, avec la précaution de ne pas dépasser la dose de permanganate, injecté la veille de la disparition de la goutte, dûment constatée. On risquerait autrement de substituer au suintement blennorrhagique une goutte nouvelle, justement appelée permanganatique, en ce sens qu'elle est due à l'irritation du canal causée par l'abus du remède et qu'elle se montre souvent rebelle.

Dans l'ordre habituel des choses, 5 à 6 lavages suffisent pour obtenir l'asséchement complet de l'urèthre et il n'y a plus ensuite qu'à observer l'hygiène et le régime restrictifs pendant une vingtaine de jours.

Traitement de la blennorrhagie subaiguë.

S'agit-il d'une blennorrhagie subaiguë démontrée par l'absence complète des phénomènes douloureux : la première phase du traitement, c'est-à-dire l'administration des émollients pourra être supprimée et d'emblée la médication in-

terne sera prescrite, suivie ou non des lavages au permanganate, si l'écoulement reste stationnaire.

Traitement des uréthrites simples.

Plus difficile est le traitement des uréthrites simples, des uréthrites dites primitives.

Tantôt, elles cèdent très rapidement ; d'autres fois, elles sont d'une ténacité désespérante, surtout chez les arthritiques, bien que cependant la phlegmasie de la muqueuse ne dépasse guère la fosse naviculaire.

Quoiqu'il en soit, il faut toujours commencer par le traitement antiphlogistique. En outre, malgré la bénignité apparente de l'affection, le régime et l'hygiène doivent être les mêmes qu'au début de la blennorrhagie aiguë.

Dans un certain nombre de cas, cette médication suffit et tout est terminé au bout d'une huitaine de jours. Il n'y a plus qu'à doubler cette période, au point de vue du régime, pour éviter une récidive.

Malheureusement, ce n'est pas la règle et, le plus souvent, il est nécessaire de recourir aux injections qui trouvent ici leur indication, puisque la maladie reste toujours circonscrite à l'urèthre antérieur.

Sans doute, on peut aussi essayer les remèdes internes ; mais habituellement ils échouent. C'est donc aux injections, qu'il y a lieu de s'adresser.

Pour les pratiquer, l'outillage est très simple. Une petite seringue en ébonite, de la contenance de 10 à 15 centimètres cubes et munie d'un bout conique, est suffisante. Elle doit être tenue très proprement et plongée dans l'eau boriquée, lorsqu'on ne s'en sert pas.

Quant aux substances médicamenteuses, on peut les diviser en substitutives et astringentes. La plupart de ces dernières sont en même temps antiseptiques.

Aux premières se rattachent les sels d'argent. Nous ne retiendrons que les deux plus importants : le nitrate d'argent à 5 centigrammes pour 200 et le protargol à 10 centigrammes pour 100.

Le nombre des injections, à la fois astringentes et antiseptiques est considérable. Aussi leur choix est-il assez embarrassant, attendu que celle qui convient à un malade ne réussit pas chez un autre.

Je n'ai pas la prétention de les citer toutes. Voici celles qui me semblent les plus recommandables : le permanganate de potasse à 5 centigrammes pour 200 ; le sulfate de zinc à 5 centigrammes 0/0 ; l'acétate de plomb à 50 centigrammes 0/0.

A côté de ces injections, consistant dans l'emploi d'une substance unique, doivent prendre place deux autres injections, dites composées, dont l'expérience a démontré l'efficacité :

1° L'injection dite aux trois sulfates, que l'on formule de la façon suivante :

Sulfate de cuivre Sulfate de fer Sulfate de zinc	ââ 50 centigr.
Mucilage de gomme.	4 gr.
Eau distillèe.......	125 gr.

2° La fameuse injection de Ricord :

Sulfate de zinc....................	1 gr.
Acétate de plomb.................	2 gr.
Laudanum de Sydenham... Teinture de cachou.........	ââ 4 gr.
Eau distillée........................	200 gr.

Voici maintenant quelle doit être la façon d'opérer.

Le malade verse d'abord dans un verre, très propre, la quantité de solution nécessaire.

Puis il urine à fond et lave soigneusement le méat avec un tampon d'ouate, imbibé d'eau boriquée.

S'asseyant ensuite sur une chaise, avec une cuvette, placée entre ses jambes, il introduit l'extrémité de la seringue, remplie de liquide, entre les lèvres de l'orifice uréthral.

Il pousse alors avec une certaine force la solution médicamenteuse, sans serrer contre la canule les bords de l'ouverture du canal.

Dans ces conditions, la première injection sort au fur et à

mesure de sa pénétration; elle est simplement destinée à laver l'urèthre antérieur.

Quand cette irrigation est terminée, le malade procède à une seconde, en pressant cette fois la muqueuse orificielle contre la pointe de l'appareil, de façon à retenir la substance médicamenteuse et à la garder ainsi pendant 3 à 4 minutes.

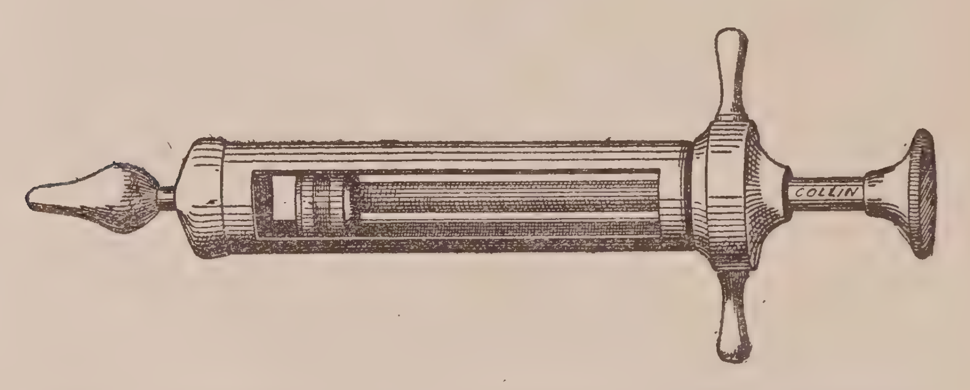


FIG. 6. — Seringue de 10 cm³, stérilisable dans l'eau bouillante pour injection intra-uréthrales.

Comment doit être dirigé le traitement ?

Si l'on a recours aux sels d'argent : nitrate d'argent ou protargol, la séance ne doit être renouvelée que tous les 4 jours.

Le remède agit à titre substitutif, c'est-à-dire en produisant une inflammation éphémère, destinée à éteindre l'autre. Aussi la goutte est-elle plus forte et plus épaisse le lendemain de l'opération. Mais elle s'atténue de jour en jour, ainsi qu'on peut s'en convaincre, en pressant le canal le matin au réveil.

Le plus souvent, l'injection doit être répétée plusieurs fois pour obtenir la guérison. Si, cependant, ce résultat n'est pas acquis au bout de trois séances, il faut recourir aux substances astringentes et antiseptiques.

La solution permanganatique doit être essayée la première. En cas d'échec, on s'adressera soit aux autres, soit aux préparations composées.

Quel que soit le remède employé, deux injections par jour sont nécessaires : l'une le matin, l'autre le soir ; chacune sera gardée trois minutes environ.

Je répète que si la guérison peut être rapidement obtenue, dans bien des cas, l'affection, malgré ses allures bénignes, se montre rebelle. Il importe donc de varier les moyens, de changer au bout d'une semaine le remède, qui n'a pas abouti et cela jusqu'à ce que l'épreuve matinale ait donné entière satisfaction.

Il ne restera plus ensuite qu'à recommander au patient d'observer pendant une quinzaine de jours le régime, qui doit être celui de la blennorrhagie aiguë. Il pourra reprendre ensuite ses habitudes ordinaires.

S'agit-il d'uréthrites secondaires dues à l'herpès, à des chancres du canal ou encore à des collections purulentes plus ou moins éloignées, il faut s'attaquer avant tout à la source du mal. La lésion primordiale disparue, l'uréthrite s'éteindra d'elle-même : *Sublata causa, tollitur effectus.*

CHAPITRE III

BLENNORRHAGIE CHRONIQUE CHEZ L'HOMME

Etiologie. Les malades, atteints de blennorrhagie aiguë, ne sauraient trop connaître les causes qui mènent à la chronicité. Car on peut dire de cet état, habituellement si tenace et cependant si fréquent, qu'il vaut bien mieux prévenir que d'avoir à guérir.

Eh bien ! ce qu'il importe avant tout de retenir, c'est que, dans la plupart des cas, les patients confondent guérison apparente avec guérison réelle et abandonnent traitement et régime, avant d'être complètement libérés. Ne sentant plus la moindre douleur, ne tachant plus leur linge, ils se croient sains et saufs. Et cependant persiste dans l'ombre une goutte, qui, méconnue, deviendra fatalement chronique, exposant à des rechutes continuelles, au rétrécissement de l'urèthre et aux pires conséquences conjugales.

Il appartient donc aux médecins de signaler tous ces dangers aux victimes de la blennorrhagie aiguë et d'exiger le contrôle de leur guérison, en leur indiquant que celle-ci ne peut se maintenir, qu'à la condition expresse de continuer les précautions nécessaires pendant un temps, qui leur sera strictement fixé.

Sans doute, il y a d'autres facteurs de blennorrhagie chronique ; mais ceux-ci, beaucoup moins fréquents.

Notons d'abord l'influence de l'arthritisme. Il est certain que les sujets qui possèdent ce tempérament à un degré accentué, deviennent plus facilement la proie du gonocoque et ne parviennent ensuite à le déloger qu'au prix des plus grands efforts.

Il faut tenir compte aussi des vices de conformation : l'hypospadias, par exemple, est une condition fâcheuse.

Enfin, le professeur Fournier a signalé les effets nocifs des médications intempestives ou exagérées.

Mais on peut bien dire que ces dernières causes sont bien moins fréquentes que la guérison incomplète, due à l'insouciance ou au défaut de persévérance des malades.

Indice de la chronicité.

On est en droit de dire qu'une blennorrhagie entre dans la phase chronique, lorsqu'elle dépasse une durée de 3 mois.

Caractères cliniques.

Tantôt elle existe à l'état latent ; tantôt elle est soupçonnée à raison de troubles fonctionnels minimes, que nous indiquerons plus loin.

A l'état latent, le malade n'en a pas conscience, parce que, n'éprouvant plus la moindre sensation morbide, il ne songe pas à examiner son canal.

Il est néanmoins frappé de ce fait, c'est qu'à l'occasion d'un excès de bière, de champagne, de liqueurs fortes, ou encore d'un coït exagéré, même avec une femme parfaitement saine, il voit l'écoulement reparaître, pour ainsi dire sans incubation, c'est-à-dire sans délai à la suite de la cause provocatrice.

Le patient se met alors au régime et, au bout de 5 à 6 jours, tout rentre dans l'ordre.

Mais à la première incartade, l'écoulement renaît et ainsi de suite.

Ce sont alors ces rechutes, se produisant souvent à courtes échéances, qui décident le malade à consulter un médecin. D'autres fois, l'attention est attirée par des phénomènes subjectifs et des troubles fonctionnels.

Les patients accusent une sensation de pesanteur au périnée et parfois un chatouillement à la marge de l'anus.

Au moment des rapprochements sexuels, l'éjaculation, d'abord plus rapide qu'à l'état normal, devient ensuite laborieuse. La nuit, se produisent des pertes séminales assez fréquentes. Enfin, pour peu que la garde-robe s'accompagne d'efforts, il s'écoule par le méat un liquide, qui provient de la prostate et préoccupe singulièrement la plupart des malades.

Les modifications de la miction n'ont pas une moindre valeur. Elles peuvent être même les premières en date et

consistent en besoins plus fréquents d'uriner, aussi bien le jour que la nuit.

Pendant plusieurs années, à la suite de la blennorrhagie aiguë, le jet de liquide conserve son volume normal; il est projeté aussi loin qu'avant la maladie et les dernières gouttes ne tombent pas sur les chaussures. Mais, peu à peu, si le malade tarde trop à se soigner, le jet perd de sa force, il devient plus ténu et la vessie, vers la fin de la miction, se vide difficilement. Bref, tous les symptômes d'un rétrécissement progressif se dessinent et obligent enfin le patient à réclamer un examen médical.

Diagnostic de la blennorrhagie chronique.

Au point de vue du diagnostic, les auteurs ont divisé les écoulements de longue durée en *blennorrhagie chronique* proprement dite et en *blennorrhée.*

Celle-ci différerait de la première par l'abondance bien moindre et le caractère moins purulent de la sécrétion morbide. En un mot, il y aurait plutôt suintement que flux véritable.

Cette distinction me paraît subtile. Je crois plus exact de conclure que la blennorrhée est la forme la plus atténuée de la blennorrhagie chronique. En réalité, il n'existe entre ces deux états qu'une différence de degré.

On a cherché également à séparer la blennorrhagie chronique antérieure de la postérieure. En se plaçant sur le terrain de la clinique, les caractères différentiels, que l'on attribue à l'une et à l'autre, sont précaires. Peut-il en être autrement, quand on se rappelle la rapidité d'extension dans la phase aiguë, du gonocoque aux parties profondes.

Je me bornerai donc à indiquer les signes qui permettent d'affirmer l'état chronique, sans tenter de préciser l'étendue des lésions.

Eh bien, comment doit-on procéder pour rendre le diagnostic aussi ferme que possible?

Il importe d'abord que l'examen médical ait lieu le matin, à la condition que le malade n'ait pas uriné depuis 7 à 8 heures. Je rappelle, en effet, que l'écoulement nocturne est le dernier à disparaître. L'érection qui, souvent aussi, existe au réveil, doit avoir totalement cédé. Autrement, on risquerait d'attribuer à une blennorrhagie chronique l'écoule-

ment visqueux et filant, qui sort du canal, au moment où le pénis revient à son volume normal.

On regarde si les lèvres du méat sont collées et si, en les entr'ouvrant, on aperçoit une gouttelette, légèrement teintée en gris. Le plus souvent, on ne découvre rien. Par contre, il n'est pas rare de constater, en écartant l'orifice uréthral, d'apercevoir un fil très mince, qui s'étend d'une paroi à l'autre. Mauvais signe, car il est l'indice d'un suintement plus ou moins profond ou de l'existence de filaments abondants, épais et lourds.

Sans tarder, on presse le canal du pourtour de l'anus jusqu'à l'orifice externe de l'urèthre et il est exceptionnel qu'on ne fasse pas émerger une gouttelette ou un suintement de muco-pus. Cette manœuvre donne parfois un autre renseignement qui ne manque pas d'importance. Elle permet de sentir le long du conduit de petits grains, qui indiquent un engorgement morbide des glandes du canal. Ce n'est pas tout, il faut commander au malade de vider à fond sa vessie dans le nombre de verres nécessaire ; laisser déposer l'urine 5 minutes environ et rechercher ensuite s'il existe des filaments blancs et lourds, tombés au fond des récipients. Le premier et le dernier sont les plus intéressants. Il est rare que l'on découvre dans les autres des dépôts filamenteux ou floconneux.

On a dit que leur présence indique l'envahissement total de l'urèthre quand il en existe dans les deux vases extrêmes. N'en voit-on que dans le premier, c'est que la blennorrhagie est limitée à l'urèthre antérieur.

Cette assertion est erronée. Il est fort possible en effet que, dès le début de la miction, tous les filaments du canal soient expulsés, tant ceux de la partie antérieure que de la partie profonde.

Ce qui est vrai, c'est que lorsqu'on découvre des filaments en forme de virgule, on peut affirmer, comme l'a bien montré Fürbringer, que la prostate est atteinte, attendu que les glandes de cet organe, qui recèlent les débris filamenteux, expulsés par l'urine, leur impriment, en raison de leur conformation, cette apparence spéciale.

Après s'être rendu compte, par la constatation de la goutte et l'examen de l'urine de l'existence d'une blennorrha-

gie chronique, il faut procéder au cathétérisme de l'urèthre. Cette opération est d'autant plus importante que l'écoulement peut être entretenu par un rétrécissement du canal.

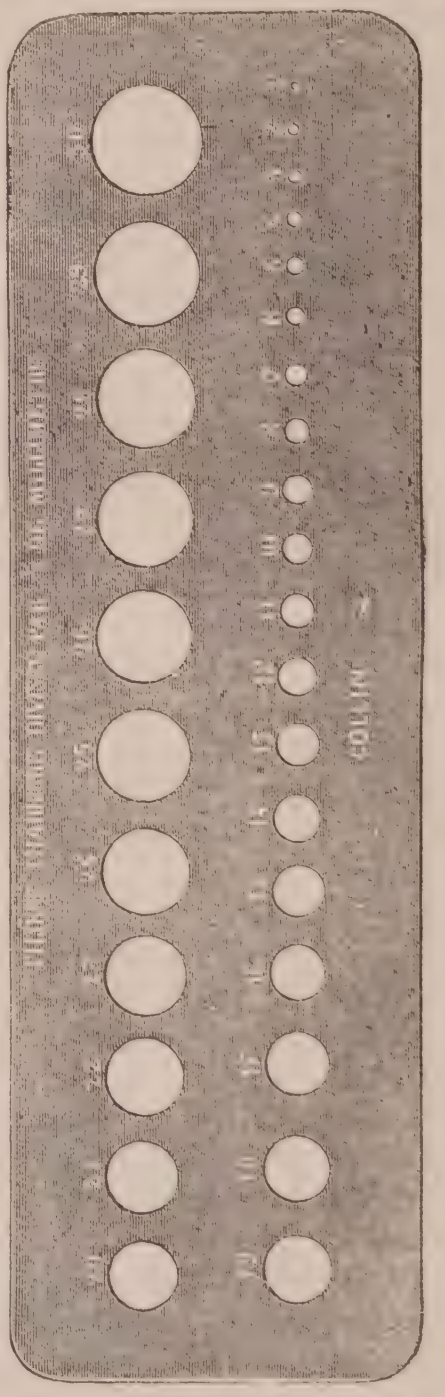


Fig. 7. — Filière Charrière.

Cathétérisme de l'urèthre

A cet effet, on prend une bougie à boule, nº 18 de la filière Charrière (*fig.* 7). Cette bougie est gardée, avec les autres en gomme, dans un cylindre en verre, vendu par les fabricants d'instruments de chirurgie et garni au fond d'un petit sachet, contenant du trioxyméthylène. Ce corps, par les vapeurs de formol qu'il dégage, les maintient aseptiques. On lave la bougie en question dans l'eau boriquée, pour éviter l'irritation que pourraient produire dans le canal les émanations de formaldéhyde. Puis, après l'avoir enduite de vaseline stérilisée, on la pousse doucement dans le canal. S'il n'y a pas de rétrécissement dans la partie antérieure, elle pénètre aisément jusqu'au cul-de-sac du bulbe. Sinon, elle est arrêtée en un ou plusieurs points, qu'elle parvient à franchir, à la condition que le degré des strictures ne soit pas trop accentué. Dans le cas contraire, il faut choisir une boule, dont le calibre permet l'introduction. Arrivé au bulbe, l'opérateur doit faire un effort pour vaincre le sphincter uréthral et pénétrer dans la portion

membraneuse. Au col, un second effort est nécessaire et la sonde alors entre franchement dans la vessie. Chez certains malades, le sphincter se contracte avec une telle énergie, qu'il est impossible de vaincre sa résistance. Bien souvent cependant, on y arrive, à moins de rétrécissement dans la partie profonde, en choisissant une bougie en gomme ordinaire, nº 18, dont le bout ne présente qu'une très mince olive.

A supposer que le canal soit libre dans toute son étendue, la bougie à boule a encore l'avantage de permettre au médecin de se rendre compte du degré de souplesse de la muqueuse uréthrale. Celle-ci est-elle rêche, c'est qu'un rétrécissement menace et, pour la cure de la blennorrhagie, il y a lieu, comme nous le verrons plus tard, de tenir compte de ce renseignement.

L'examen doit se terminer par l'exploration de la prostate à l'aide du toucher rectal (*fig.* 19, page 121). Le doigt, introduit dans l'anus, permet d'apprécier la sensibilité de la glande, son volume, sa consistance. A l'état normal, le palper ne provoque aucune douleur et les deux lobes doivent être égaux. Dans la blennorrhagie chronique, on peut observer le contraire et trouver dans ces modifications une nouvelle preuve d'uréthrite profonde.

Il va de soi que le diagnostic acquerrait encore plus de précision, si l'on avait à sa disposition un microscope avec objectif à immersion, des couleurs d'aniline et des réactifs chimiques.

On pourrait voir alors si la goutte contient ou non des gonocoques, les distinguer des autres microbes : cocci, diplococci, qui dans la règle les accompagnent ; se rendre compte des proportions respectives des globules de pus et des cellules épithéliales, découvrir enfin les cristaux spermatiques, en forme de prismes ou de pierres à aiguiser, décrits par Böttcher. Mais, dans la pratique, toutes ces recherches, d'ailleurs fort intéressantes, ne sont pas nécessaires. La goutte matutinale, les fils lourds dans l'urine, le défaut de souplesse, voire les strictures de la muqueuse uréthrale suffisent à éclairer le médecin et à lui permettre d'instituer un traitement efficace.

Or, ici ce traitement est indispensable. On ne doit pas

compter sur la disparition spontanée d'une blennorrhagie chronique. Sans doute, dans le cours d'une longue carrière il est possible d'assister à une ou deux guérisons, d'apparence presque miraculeuse, à la suite d'un changement de climat, d'un long voyage, même d'un excès sexuel. Mais il ne faut pas s'attendre à pareille fortune et c'est d'emblée, qu'une cure méthodique et persévérante doit être entreprise.

Traitement de la blennorrhagie chronique.

En présence d'une maladie aussi tenace, on a multiplié les moyens de cure. Je crois pouvoir les diviser en deux catégories. A la première appartiennent les procédés à la portée de tous les praticiens, à savoir : les grands lavages uréthro-vésicaux, les instillations et les bougies médicamenteuses ; la seconde comprend des méthodes plus compliquées, nécessitant un outillage particulier et une technique délicate, qu'un spécialiste seul est en mesure de mettre en œuvre.

Telles sont les conditions dans lesquelles se présentent le dilatateur de Kollmann et le traitement topique, à l'aide de l'uréthroscope.

Mais avant de chercher un remède dans l'arsenal thérapeutique, gardez-vous d'oublier que la blennorrhagie chronique mène aux rétrécissements et qu'aucun moyen n'a chance d'aboutir, si la coarctation n'a pas été au préalable vaincue.

Dilatation

En supposant même que le canal ait gardé son calibre normal, la dilatation sera encore fort utile. Il est très probable en effet que la cause d'entretien indéfini de la goutte réside dans l'infection des glandes microscopiques et des lacunes échelonnées le long du canal.

Or, la dilatation progressive constitue une sorte de massage, destiné à dégorger ces repaires, point de départ des récidives périodiques, qui troublent le repos de tant de sujets.

Avant de procéder à la dilatation, il est utile dans bien des cas de laisser reposer l'urèthre, c'est-à-dire de s'abstenir de toute médication externe. Il ne manque pas en effet de malades, qui depuis longtemps tourmentent leur canal par des remèdes de toutes sortes, dont le résultat final est d'augmenter l'irritation.

En telle occurrence, la meilleure cure consiste à ne boire que du lait ou une tisane émolliente. C'est en combattant cette excitation factice, que l'on se rendra mieux compte de

l'état réel du conduit et que la dilatation aura lieu dans les conditions les plus favorables.

On doit se servir d'abord de bougies en gomme, débuter par un numéro de la filière Charrière, capable de parcourir aisément l'urèthre et augmenter progressivement le calibre de l'instrument jusqu'au n° 23 et même 30, si le canal s'y prête.

De deux en deux jours, avec les précautions aseptiques d'usage, on procède à une séance, en passant successivement deux bougies, dont les numéros se suivent et en commençant par le numéro le plus élevé de la séance précédente. Après chacune de ces séances, il est utile que le malade prenne un grand bain tiède, de 20 minutes environ, pour calmer la légère irritation causée par l'instrument.



FIG. 8. — Bougie métallique Béniqué.

Lorsqu'on est parvenu à franchir le conduit urinaire avec le n° 18, il est préférable de recourir aux cathéters Béniqué (*fig.* 8 à 12), mieux supportés par le malade. Ils offrent en effet plusieurs avantages. D'abord leur diamètre s'accroît de 6e en 6e de millimètre, ce qui permet d'en introduire 4 au lieu de 2 en gomme à chaque séance, le diamètre de ces dernières augmentant de tiers en tiers de millimètre. Puis le canal les tolère aisément. Aussi peut-on laisser le dernier cathéter une dizaine de minutes dans l'urèthre, sans que le malade accuse une sensation d'irritation, tandis qu'avec les bougies en gomme, les patients réclament leur extraction au bout d'une minute à peine. Chaque fois, après l'application du troisième cathéter, il sera utile de procéder à un massage du conduit urinaire en pressant celui-ci sur le Béniqué avec le doigt depuis la marge de l'anus jusqu'au méat, pour écraser les petits grains, que l'on sent le long du parcours, grains qui ne sont autre chose que des glandules enflammées, recels possibles de gonocoques encore vivaces.

En dehors des coarctations vaincues et de l'assouplissement de la muqueuse, quels sont les résultats immédiats de la dilatation. Dans quelques cas, malheureusement trop rares.

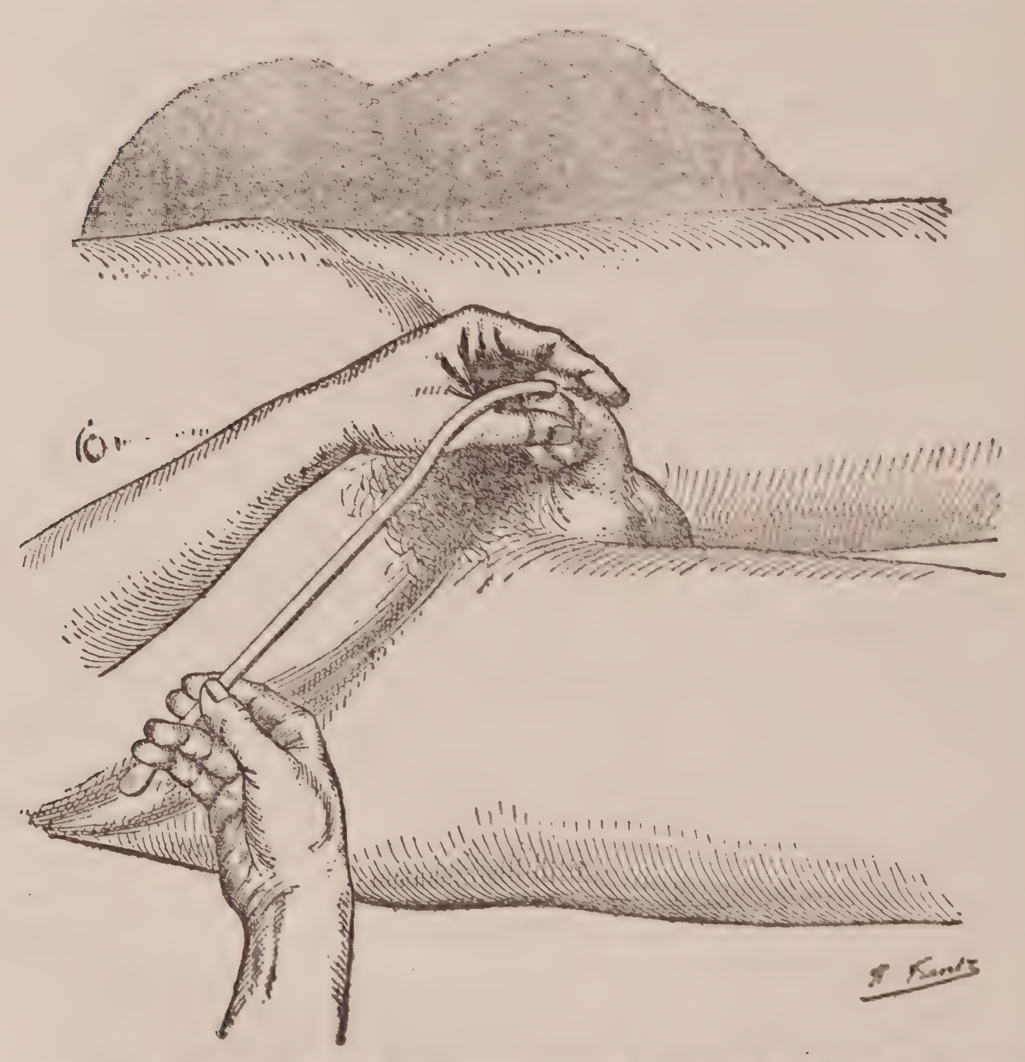


FIG. 9. — Premier temps de l'introduction du Béniqué (d'après G. LUYS. *Traité de la Blennorrhagie.* Doin, éditeur, Paris). — L'instrument présenté au méat doit avoir sa concavité dirigée vers le pli de l'aine.

l'effet est merveilleux. Sous l'influence de ce simple moyen, la goutte disparaît, le malade est guéri. Le plus souvent au contraire, le cathétérisme amène une légère recrudescence d'écoulement. La première indication, avant de procéder aux grands lavages, consiste à réduire le flux au minimum. On risquerait autrement d'augmenter l'irritation, déjà produite. Le but est atteint par l'administration, pendant une

semaine environ, d'un remède interne, tel que l'arhéol, qui est un anticatarrhal parfait. Lorsque l'effet est produit, c'est-à-dire lorsque le reliquat de la sécrétion uréthrale reste stationnaire, c'est alors qu'il faut procéder aux lavages. N'oublions pas en effet que la blennorrhagie chronique est avant tout justiciable du traitement externe. Les meilleurs médicaments, administrés à l'intérieur, n'ont pas chance d'aboutir.

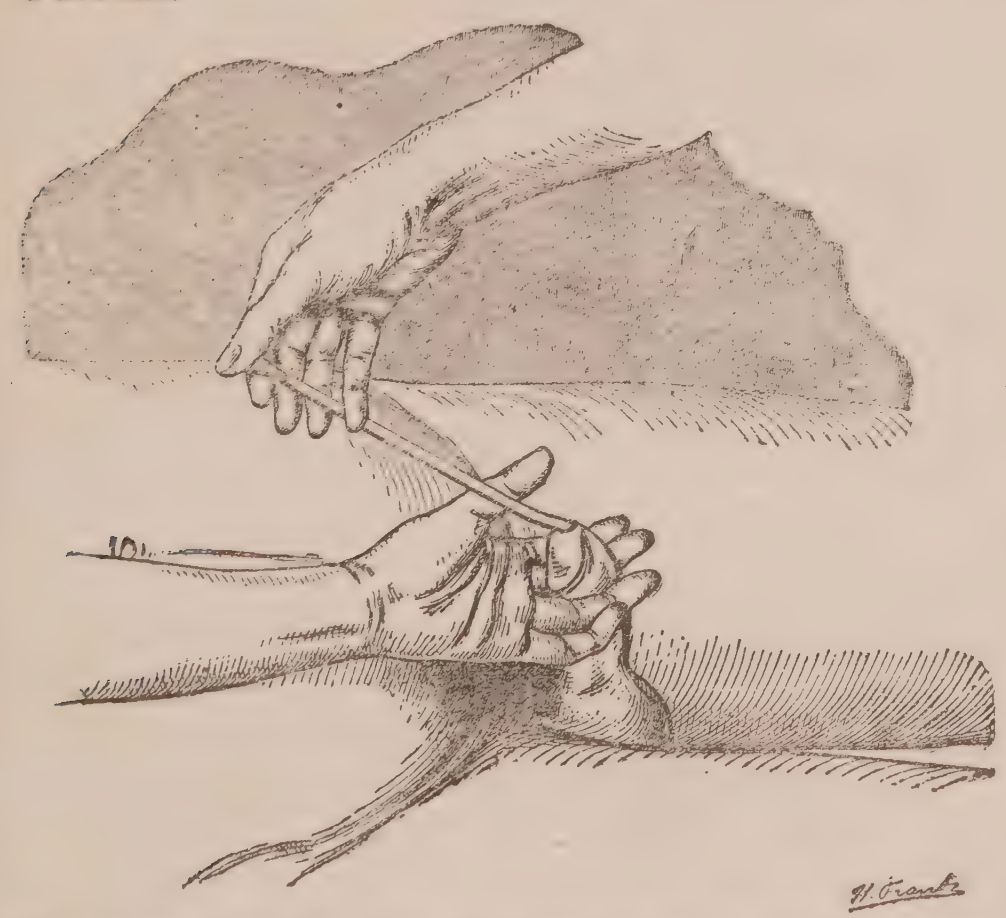


FIG. 10. — Deuxième temps de l'introduction du Béniqué (d'après G. LUYS, *loco citato*). — L'instrument est amené parallèlement à la ligne médiane.

LAVAGES

On doit toujours commencer par des lavages au permanganate, dont on augmente progressivement les doses, en se conformant aux règles que nous avons précédemment indiquées. S'il persiste encore des gonocoques, ces lavages ont le pouvoir précieux de les détruire. Ils peuvent donc suffire à la guérison. Néanmoins lorsque cet heureux résultat n'est

pas obtenu après une série de quinze, maximum, le médecin fera bien d'y renoncer et de s'adresser à d'autres substances.

Dans ces cas, les sels d'argent sont appelés à rendre grand

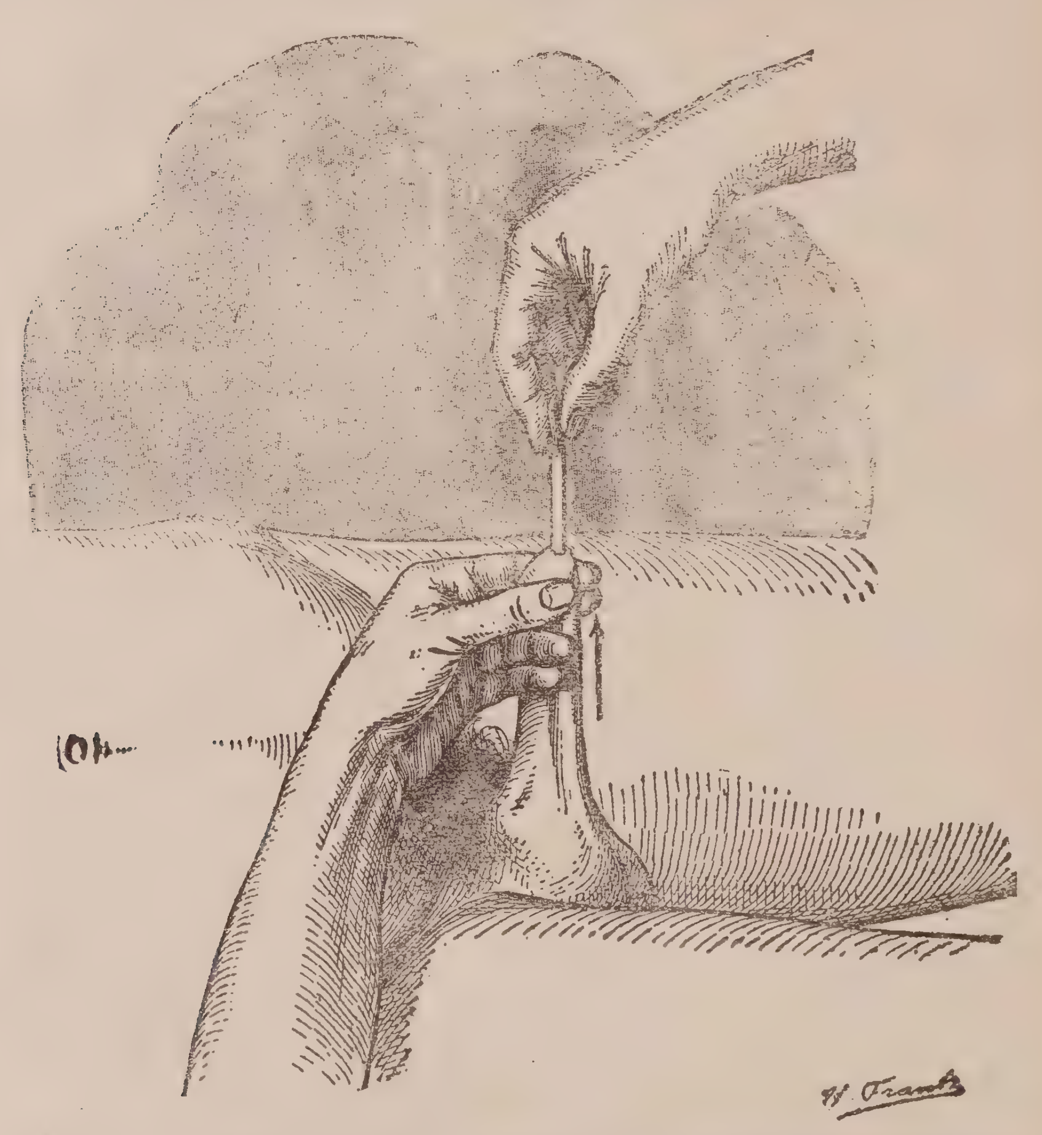


FIG. 11. — Troisième temps de l'introduction du Béniqué (d'après G. LUYS, *loco citato*). — La main gauche tire verticalement sur la verge; la main droite soutient le Béniqué sans le pousser.

service. L'énumération en serait longue. Je n'ai pas la prétention de la tenter. Lesquels choisir?

Les deux plus efficaces, à mon avis, sont le nitrate d'argent et le protargol, mais le nitrate surtout. C'est par lui qu'il faut commencer.

Pour le premier lavage, la solution sera de 20 centigr. 0/00. Il importe de prévenir le malade, toujours en quête d'explications, qu'il trouvera le lendemain, à son réveil, une goutte assez forte, le sel agissant à titre substitutif.

Les jours suivants, la goutte s'atténue progressivement, au point, dans les cas les plus heureux, de disparaître complètement le quatrième jour, après un seul lavage.

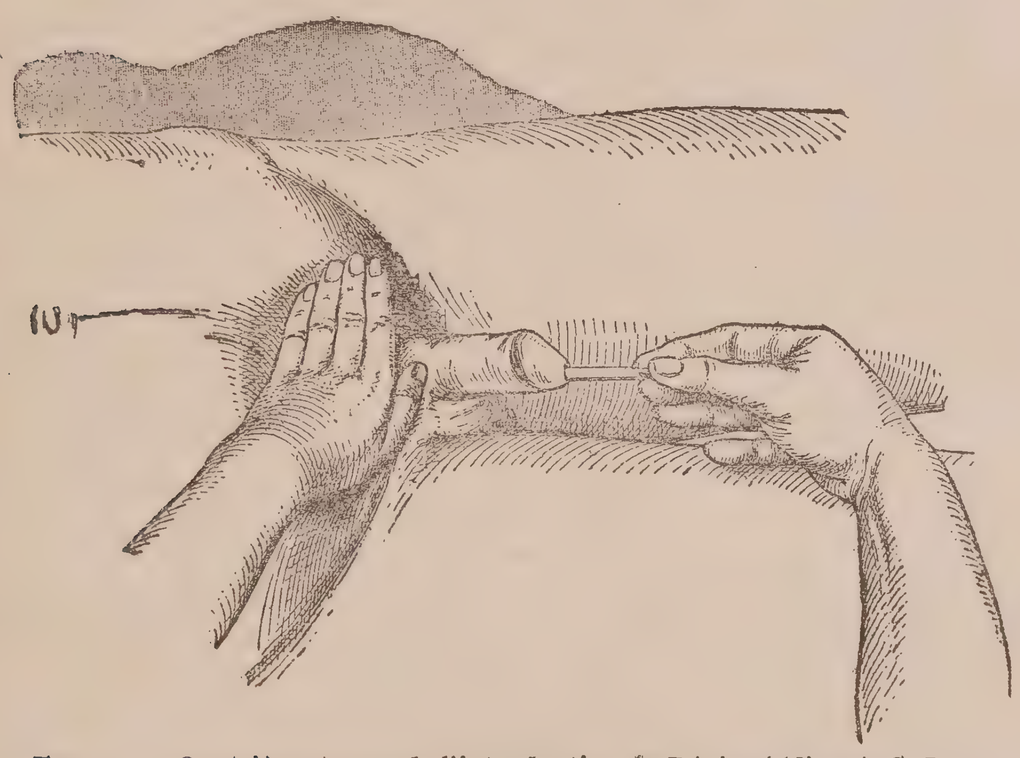


FIG. 12. — Quatrième temps de l'introduction du Béniqué (d'après G. LUYS, *loco citato*). — La main gauche abaisse fortement la racine de la verge, la main droite maintient seulement le Béniqué dans le mouvement d'abaissement qu'il décrit.

Quoi qu'il en soit, on ne doit revenir à un nouveau lavage que tous les 4 jours, pour laisser à l'irritation provoquée le temps de s'éteindre. La solution est augmentée alors de 5 centigrammes, soit 25 centigrammes 0/00. Cette augmentation n'est justifiée que si la première irrigation n'a pas été trop irritante. Au cas où celle-ci aurait été mal supportée, il serait nécessaire d'abaisser encore davantage le titre de la solution.

Ordinairement deux lavages suffisent pour assécher le canal. Il peut être cependant indispensable d'en porter le

chiffre à 4 et comme le suintement est souvent entretenu par un certain degré de prostatite chronique, démontrée par l'hypertrophie et la sensibilité d'un ou des deux lobes de la glande, il est indiqué de masser celle-ci avec la pulpe de l'index, introduit dans le rectum. Chaque massage durera 4 à 5 minutes et sera renouvelé tous les deux jours. Avant l'opération, le malade ne videra que partiellement sa vessie et ce n'est qu'après la séance qu'il achèvera la miction. Les derniers jets d'urine serviront à entraîner les résidus inflammatoires, provenant de l'expression de la glande.

Tous les 4 jours, le massage précèdera immédiatement le lavage au nitrate et on le suspendra en même temps que les irrigations uréthro-vésicales.

Il y a des sujets dont le canal est très sensible et ne supporte pas le nitrate d'argent. A ces malades, on conseillera le protargol, c'est-à-dire un albuminate d'argent.

Ce produit a l'avantage d'être beaucoup moins irritant, de sorte que l'on peut employer des solutions plus concentrées. Si l'on commence, je suppose, à 25 centigrammes 0/00 on peut porter successivement la dose à 50, 75 centigrammes et même un gramme, en surveillant les effets produits.

Mais, d'une façon générale, ce sel est moins actif que le nitrate. Il pénètre moins profondément la muqueuse et ne semble guère agir que sur l'épithélium. Aussi, est-il nécessaire de recourir à des doses plus fortes.

Le nombre des lavages sera le même qu'avec le nitrate d'argent, c'est-à-dire de 4 environ.

Admettons qu'à la suite de cette cure, le canal ne soit pas encore sec. Il est possible que la persistance du suintement tienne à la présence de nombreux saprophytes, qui, sous des influences mal déterminées, pullulent dans le canal et y prennent un caractère nocif.

Trois lavages au sublimé, à 5 centigrammes pour un litre d'eau bouillie, répétés tous les deux jours, suffiront à les faire disparaître.

Tels sont les moyens qui, neuf fois sur dix, arrivent à guérir une blennorrhagie invétérée.

Mais j'ajoute que, pour affermir la guérison, il est indispensable que le régime et l'hygiène soient observés pendant au moins deux ou trois mois. Tels sont, en effet, les seuls moyens

dont nous disposions pour prévenir les rechutes, malheureusement si fréquentes, à la suite des écoulements foncièrement chroniques.

Aussi le médecin a-t-il le devoir de recommander aux convalescents de se montrer très sobres, même après la suppression du régime, de bière, de champagne, de liqueurs fortes, d'asperges et surtout d'éviter les excès de coït.

Si l'asséchement complet du canal est habituel à la suite des grands lavages, il y a néanmoins des exceptions. Pour lutter contre ces cas rebelles, de quelles armes disposerons-nous encore?

Il en existe deux, faciles à manier : 1° les instillations ; 2° l'emploi des bougies médicamenteuses.

INSTILLATIONS

La *méthode des instillations* est due à M. le professeur Guyon, qui en a indiqué l'instrumentation et réglé le mode d'emploi.

Il faut avoir à sa disposition la seringue, qui porte le nom de l'inventeur et un explorateur en gomme, à bout olivaire, perforé à son extrémité (*fig.* 13 et 14).



FIG. 13. — Sonde du Prof. GUYON, pour instillations.

La solution à choisir est celle de nitrate d'argent.

La dose que l'on utilise est tantôt faible, c'est-à-dire $1/50^{e}$; tantôt forte : $1/20^{e}$, selon la susceptibilité du canal.

Les instillations peuvent être faites, soit dans l'urèthre antérieur, soit dans l'urèthre postérieur.

Le choix de l'explorateur à bout olivaire doit être différent, selon que l'on tient à pénétrer dans l'une ou l'autre des parties du canal. Pour la portion antérieure, on choisira une olive n° 18, qui a l'avantage de mieux retenir la solution dans la partie instillée. Pour l'urèthre profond, le n° 12 conviendra.

Voici la façon de procéder :

On remplit la seringue de quelques grammes du liquide à instiller, puis on introduit son bout conique dans l'extrémité évasée de l'explorateur en gomme, de façon à ce que le con-

tact soit bien intime. Avant de faire pénétrer celui-ci dans l'urèthre, on l'amorce, c'est-à-dire que l'on tourne la vis qui termine le piston de la seringue jusqu'à ce qu'il sorte une goutte par la pointe du bout olivaire. La tige de l'explorateur retient, en effet, une certaine quantité de liquide et doit être au préalable remplie, pour que l'on sache exactement le nombre de gouttes qui tombent sur la muqueuse malade.

Or, une de ces gouttes s'échappe à chaque demi-tour de vis.

Si l'instillation doit être portée dans l'urèthre antérieur, on enfonce l'explorateur à bout olivaire, n° 18, jusqu'à ce que

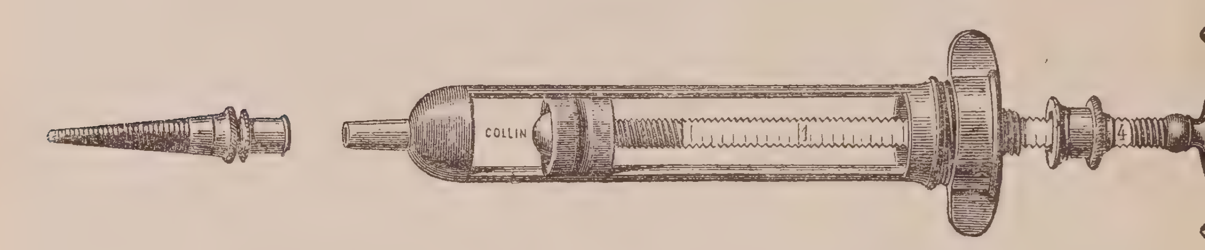


Fig. 14. — Seringue à instillations du Prof. Guyon.

l'on sente une résistance, ce qui indique que l'on touche le cul-de-sac du bulbe. On retire alors l'explorateur d'un centimètre environ ; puis, imprimant à la vis des demi-tours, on écoule les gouttes modificatrices.

L'opération terminée, l'olive restera en place une à deux minutes, de façon à prolonger l'action médicamenteuse ; car, dès que l'on retire la bougie, le liquide instillé tombe au dehors.

Veut-on pénétrer dans l'urèthre postérieur, c'est la boule n° 12 que l'on choisit.

On reconnaît que l'instillation a été porté dans le fond du canal, en ce que le liquide ne revient pas au méat, quand la bougie est retirée, contrairement à ce qui se passe pour l'urèthre antérieur.

La cure doit être dirigée de la façon suivante :

Trois séances auront lieu par semaine ; à la première, on instille 5 gouttes, puis à chacune des séances ultérieures, on augmente de 2 gouttes.

Il ne faut pas dépasser 15 séances maximum, ce qui représente un mois de traitement. Si la guérison n'est pas obtenue, il y a lieu de s'adresser à une autre méthode.

Quels résultats doit-on attendre des instillations? Voici ce que répondent les auteurs :

Elles guérissent quelquefois très rapidement, elles se montrent inefficaces dans bien des cas ; il est possible enfin qu'elles aggravent l'écoulement.

Je déclare à regret qu'elles ne m'ont jamais réussi complètement. Dans aucun cas, il est vrai, je ne les ai vues augmenter le suintement ; mais celui-ci a toujours persisté.

En y réfléchissant, il est aisé de se rendre compte des échecs.

Dans une blennorrhagie chronique, on ne peut savoir exactement, en dehors d'une uréthroscopie très bien maniée, quels sont le siège et l'étendue des parties malades. Or les instillations n'atteignent que des points limités. On conçoit qu'elles puissent réussir, lorsque le hasard les mène au bon endroit. Mais combien d'exceptions doit comporter cette chance. Le lavage, au contraire, parcourt toutes les parties du canal et, s'il touche des parties saines, on peut être certain en revanche qu'il atteint les régions malades. Voici, sans doute, la raison de sa supériorité.

BOUGIES MÉDICAMENTEUSES

Dans les cas rebelles aux instillations, j'ai souvent tiré profit des *bougies médicamenteuses*.

Multiples sont les remèdes, qui ont été incorporés dans ces bougies, formées d'une matière inerte (gélatine ou glycérine solidifiée) et de la substance active. Il s'agit d'ailleurs de produits pharmaceutiques, spécialisés sous divers noms.

J'en ai essayé un bon nombre ; celles qui m'ont donné les plus heureux résultats renferment un mélange d'iode et de tanin. Elles sont vendues dans les officines sous le nom de bougies iodo-tanniques de Le Poittevin.

Pour les introduire, on procède de la façon suivante :

L'opération a lieu le soir, au moment de se mettre au lit. Le patient urine d'abord ; puis il plonge la bougie dans l'eau préalablement bouillie et la retire immédiatement. Tenant alors la verge relevée, il l'enfonce doucement et en totalité dans le canal. En raison de son petit diamètre, la pénétration

est facile. Celle-ci achevée, l'extrémité du gland est recouverte d'une compresse, que l'on ramène sur le pénis et que l'on fixe au moyen d'un cordon. Cette précaution est nécessaire ; autrement les contractions du canal expulseraient le corps étranger. On peut encore se servir d'un condom.

Le malade s'endormira sans la moindre préoccupation et, dans l'espace de trois quarts d'heure environ, la fonte du crayon médicamenteux sera complète. Le lendemain matin, la miction a lieu sans aucune gêne.

Les séances doivent se renouveler tous les deux soirs. L'irritation de l'urèthre serait à craindre, si elles étaient quotidiennes. D'autre part, il faut qu'il en soit ainsi, pour pouvoir se rendre compte des effets obtenus. Il est nécessaire, on le sait, que l'examen du canal ait lieu le matin au réveil. Si l'on procédait à cette opération le lendemain de l'introduction de la bougie, il ne sortirait que des débris médicamenteux. Le surlendemain matin, au contraire, la pression uréthrale permet de se rendre exactement compte de l'efficacité du remède.

Quel bénéfice apporte l'emploi méthodique de ces bougies ?

D'abord il faut savoir qu'il y a des malades qui n'arrivent à les introduire que très difficilement ou ne peuvent les supporter. En cette occurrence, le moyen est à rejeter; il ne servirait qu'à irriter l'urèthre. Mais, en général, le succès est l'aboutissant final. Le suintement disparaît progressivement, en même temps que les filaments lourds, sauf peut-être un ou deux, d'ailleurs sans importance, qui gagnent lentement le fond du verre.

Pour obtenir cet heureux résultat, 7 à 8 bougies maximum sont nécessaires, c'est-à-dire environ 15 jours de traitement.

Néanmoins, malgré cette succession de moyens, on se trouve parfois en présence de sujets qui résistent à tous. Et cependant ces infortunés réclament à grands cris la guérison. Leur moral s'affecte ; ils deviennent hypocondriaques et leurs affaires peuvent en ressentir un contre-coup fâcheux. Que faire alors?

Dans la pratique, le médecin se trouve toujours en présence de deux catégories de malades : les pauvres et les riches.

Aux premiers, qui ne peuvent abandonner leurs occupations et doivent rester sur place, il apportera tout le réconfort moral possible. De fait, il ne persiste qu'un reliquat minuscule, ressemblant à un suintement aqueux, qui ne comporte aucune conséquence fâcheuse, si l'intéressé évite en principe les breuvages irritants, tels que la bière, le vin de Champagne, les liqueurs fortes et les asperges ; s'il est réservé dans les rapports sexuels, se bornant, une ou deux fois par semaine, à un rapprochement unique ; s'il prend enfin la précaution d'uriner avant le coït, pour éviter à sa partenaire tout risque de contamination.

Avec ces précautions, il n'est pas impossible d'arriver à un asséchement complet du canal. En prévenant le patient de cette éventualité, vous l'affranchirez, dans la plupart des cas, de l'obsession qui le poursuit sans cesse et paralyse souvent en partie l'effort intellectuel, dont il serait capable.

Quand, au contraire, la fortune du malade lui permet d'abandonner provisoirement ses occupations et de se rendre dans un grand centre où il est assuré de rencontrer des spécialistes habiles et prudents, on ne peut que l'engager à tenter les deux derniers moyens, dont je me propose seulement de dire quelques mots.

Le séjour dans un milieu scientifique permettra d'abord au patient un examen microscopique de sa goutte uréthrale. Il saura par conséquent s'il est encore contagieux. Inutile d'insister sur l'importance d'un tel renseignement.

Il pourra aborder ensuite la dilatation forcée du canal à l'aide de l'instrument de Kollmann ; enfin, en désespoir de cause, le traitement uréthroscopique.

DILATATION FORCÉE

Le dilatateur de Kollmann, que nous n'avons pas à décrire ici en détail, est construit de telle façon, qu'à

l'aide d'une vis, placée à son extrémité, on arrive, après son introduction dans l'urèthre, à élargir progressivement celui-ci, au point d'acquérir un calibre, qui répondrait aux numéros 80, 85 et même 90 des cathéters Béniqué (*fig.* 8).

Mais pour faire pénétrer cet appareil il faut, au préalable, dilater le conduit jusqu'au 60 de ces mêmes Béniqué. Or, il y a un certain nombre de malades, dont le méat ne peut être franchi par une bougie de ce calibre.

On est donc obligé d'inciser l'orifice et de s'opposer ensuite à la cicatrisation, en maintenant l'ouverture par un pansement approprié. Mais, alors même que cette intervention a eu lieu, il n'est pas rare de rencontrer des patients, dont la muqueuse uréthrale n'est pas assez souple pour arriver à la dilatation nécessaire. De là, l'impossibilité d'appliquer chez eux la méthode de Kollmann.

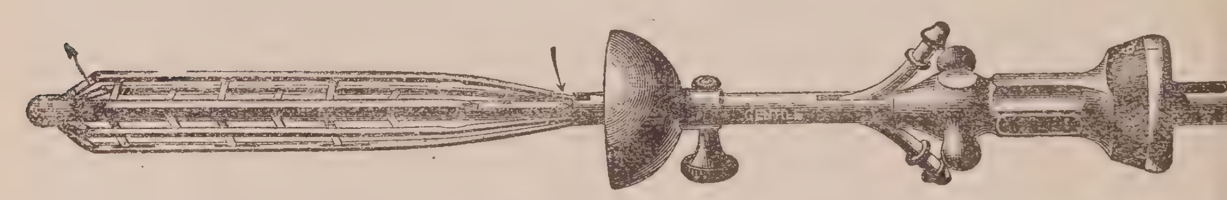


FIG. 15. — Dilatateur de KOLLMANN (Gentile).

Est-elle au contraire praticable, on fait suivre chacune des dilatations, dont on augmente progressivement le diamètre, d'un lavage au nitrate d'argent.

Il n'est pas douteux que, dans ces conditions, on ait grande chance d'arriver à une guérison complète. Car l'instrument, par la pression qu'il exerce, dégorge toutes les glandes et lacunes muqueuses, derniers repaires des produits inflammatoires et microbiens. Mais cette règle comporte encore quelques exceptions. Il y a des points qui résistent et entretiennent encore un léger flux. C'est alors qu'il faut avoir recours à l'uréthroscopie. On peut ainsi se rendre compte, de visu, du siège des lésions et les traiter directement.

URÉTHROSCOPIE

L'uréthroscope est une invention française, due à Désormeaux, en 1853. Depuis l'instrument a été très perfectionn(

tant en Allemagne que dans notre pays. Celui, dont j'ai trouvé le maniement très pratique, a été imaginé par le Dr Luys (*fig. 16*).

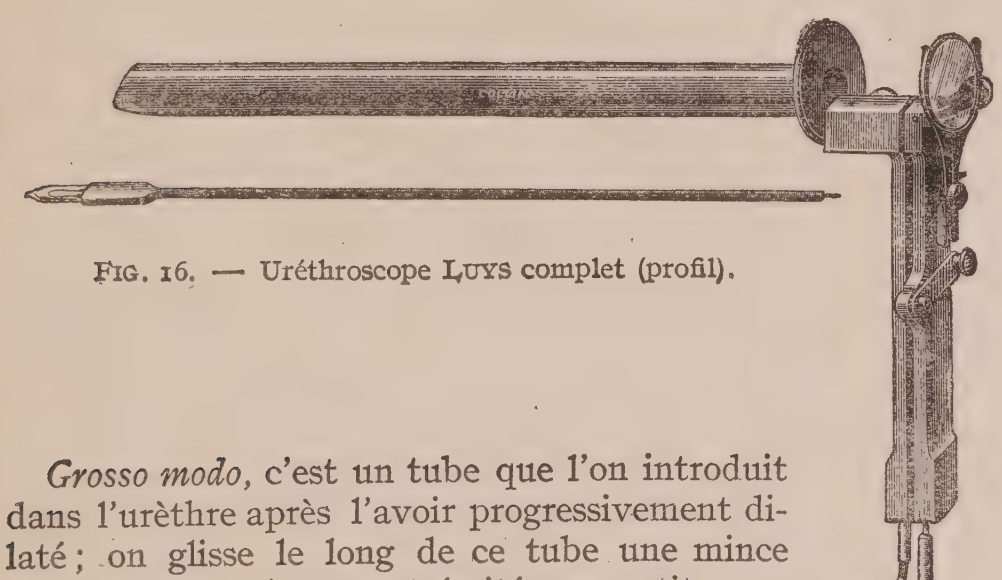


Fig. 16. — Uréthroscope Luys complet (profil).

Grosso modo, c'est un tube que l'on introduit dans l'urèthre après l'avoir progressivement dilaté ; on glisse le long de ce tube une mince tige, qui porte à son extrémité une petite ampoule contenant la source lumineuse. Enfin, il y a un manche, par lequel arrive le courant électrique, destiné à éclairer le canal. Ce manche est muni à sa partie supérieure d'une loupe permettant de distinguer plus nettement les lésions du conduit.

Mais pour obtenir un résultat thérapeutique complet, il importe d'arriver à un diagnostic précis et ce diagnostic nécessite une éducation spéciale.

Il faut parfaitement connaître l'état de la muqueuse saine, les caractères de l'infiltration molle et de l'infiltration dure, l'aspect du *veru montanum*, des glandes de Littre, des lacunes, tant à l'état normal qu'à l'état morbide et cette tâche n'est pas aussi aisée qu'on pourrait le croire.

Ce n'est qu'après s'être bien rendu compte de tous ces détails, que l'on peut attaquer directement les îlots malades, soit à l'aide de caustiques, soit par l'électrolyse ou la galvanocautérisation.

Quels sont les résultats définitifs de ces moyens héroïques. Très remarquables, bien entendu. Cela se conçoit aisément, puisque, pour me servir d'une phrase courante, on porte directement le fer sur la plaie.

Mais là encore, je dois faire quelques réserves. Quand une goutte est très ancienne et qu'elle résulte d'une infiltration dure du canal, il peut persister, malgré des séances répétées, une légère humidité de l'urèthre. Néanmoins, ce que l'on peut affirmer, c'est que cette humidité est inoffensive. Elle ne contient plus de germes contagieux.

Bref, le malade peut se considérer comme guéri et recouvrer désormais la sérénité d'antan. Tel est en réalité son ardent désir et le but que le spécialiste souhaite atteindre.

CHAPITRE IV

BLENNORRHAGIE AIGUË CHEZ LA FEMME

Au début de ce chapitre, il importe d'établir une distinction importante entre la blennorrhagie de la femme et celle de l'homme.

Chez celui-ci, elle siège presque exclusivement dans l'urèthre, tandis que chez la femme le canal urinaire est souvent épargné, ainsi qu'on peut s'en convaincre en le pressant dans sa longueur. La maladie occupe principalement la vulve, le col de l'utérus et le vagin.

Comme dans le sexe masculin, la blennorrhagie féminine doit être divisée en aiguë et chronique.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre, le gonocoque en est constamment le point de départ. Mais ce microbe n'existe pas seul. Habituellement on le trouve le plus souvent associé à d'autres micro-organismes, tant est riche la flore microbienne normale des parties génitales de la femme. Il peut arriver enfin, qu'à un moment donné, le gonocoque disparaisse et soit remplacé exclusivement par les microbes de la suppuration.

Incubation.

Nous serons très bref sur la durée de l'incubation, d'ailleurs presque impossible à préciser ; la forme aiguë se rencontrant surtout chez les femmes de mœurs légères, qui ignorent le plus souvent la source du contage et dont beaucoup doivent se livrer au coït après l'imprégnation gonococcique. Cependant, s'il faut en croire Martineau, ancien médecin de Lourcine, actuellement hôpital Broca, cette incubation serait la même que chez l'homme, c'est-à-dire de 5 jours environ.

Caractères cliniques.

a. Période de début. Les premiers symptômes consistent surtout en impressions subjectives.

La femme ressent d'abord un prurit vulvaire, qui ne tarde pas à devenir insupportable pour peu qu'elle soit nerveuse. Il s'y ajoute des picotements à la miction, si d'emblée le gonocoque a envahi le canal. Ces démangeaisons, qu'elles existent seules ou accompagnées de troubles uréthraux, provoquent un éréthisme sexuel, qui pousse à rechercher le coït ou à se livrer à la masturbation.

Si à ce moment, ce qui est rare, on examine les parties génitales externes, on ne constate qu'une humidité de la vulve, sans aucun caractère spécial.

b. Période d'état. Elle est caractérisée par trois ordres de signes : subjectifs d'abord, objectifs ensuite, généraux enfin.

1° *Troubles subjectifs.* — Les sensations initiales ne tardent pas à s'exagérer et se transforment en douleurs plus ou moins vives à la miction, la défécation et souvent la marche.

Bien entendu, les rapports sexuels ne sont plus possibles. La malade n'arrive même pas à supporter la pénétration dans le vagin du petit doigt ou d'une canule à injection.

2° *Phénomènes objectifs.* — Ils résultent de l'écoulement vaginal.

Le flux, d'abord incolore et muqueux, devient bientôt purulent, jaune ou jaune verdâtre. Il est en général abondant et imprègne le linge de taches révélatrices.

En examinant la vulve, voici ce que l'on constate :

On aperçoit d'abord une couche de pus, qui dissimule l'état de la muqueuse. Ce pus est crémeux, non adhérent et abonde surtout au niveau des plis, qui existent entre les petites lèvres et les caroncules myrtiformes. Mais chez les femmes mésoigneuses, la sécrétion purulente peut se répandre dans les régions avoisinant la vulve et envahir le périnée, la rainure interfessière et la partie supéro-interne des cuisses, où elle produit une dermite eczématiforme douloureuse, dont le suintement se concrète en petites croûtes jaunâtres.

L'odeur des organes génitaux est fétide et repoussante.

Quand on a détergé les parties malades, la muqueuse apparaît rouge, tuméfiée et saigne au moindre contact. La chute par places de son revêtement épithélial laisse découvrir des érosions plus ou moins étendues et irrégulières de configuration. A cet état s'ajoute parfois un œdème des petites et

même des grandes lèvres, dont il est facile de se rendre compte par l'empreinte qu'y laisse la pression du doigt. Dans quelques cas enfin, on constate au niveau des grandes lèvres des traînées rouges lymphangitiques, qui cheminent vers les ganglions de l'aine, où elles provoquent une adénite véritable.

Si maintenant on examine de plus près les régions atteintes, on découvre, à côté de ces altérations diffuses des lésions qui occupent les follicules du vestibule, les petites glandes vulvaires et les glandes de Bartholin.

On sait que la muqueuse du vestibule présente de minuscules invaginations épithéliales, appelées follicules et en outre des glandes en grappes, microscopiques, qui siègent au niveau de la face interne des petites lèvres. Les anatomistes n'en comptent pas moins de 120 à 150 par centimètre carré.

L'inflammation de ces follicules et glandes vulvaires se traduit par l'existence, à la surface de la muqueuse, de petites saillies rouges, du volume d'une tête d'épingle, qui donnent aux parties atteintes un aspect chagriné. Quand on presse sur ces saillies, on fait sortir une gouttelette de pus jaunâtre, épais et assez adhérent aux parois des follicules ou des glandules.

En dehors de celles-ci, il existe deux autres glandes beaucoup plus importantes situées de chaque côté de l'entrée du vagin. Ce sont les glandes vulvo-vaginales ou de Bartholin, du nom de l'anatomiste danois, qui les a décrites le premier. Leur canal excréteur s'ouvre le plus souvent dans le sillon, qui sépare les petites lèvres des caroncules myrtiformes.

D'ordinaire ces glandes s'enflamment dans le cours de la vulvite aiguë blennorrhagique et alors on sent de chaque côté du vagin une tumeur arrondie, grosse comme une noisette et douloureuse à la pression.

En général, cette phlegmasie se termine par résolution. Mais elle peut aboutir à la suppuration. On voit alors la glande augmenter de volume. La douleur, qui d'abord ne se produisait qu'au toucher, survient spontanément, en même temps que la malade ressent des battements, indices habituels d'un abcès en voie de formation. Bientôt les tissus voisins s'empâtent et, au niveau de la tumeur, la fluctuation devient manifeste.

Dans ces conditions, il y a tout intérêt à inciser l'abcès, car

si l'on attend l'ouverture spontanée, une fistule ultérieure, de durée plus ou moins longue, est à craindre. L'instrument tranchant donne issue à un pus jaune-verdâtre, souvent mélangé de sang et fétide. La cicatrisation est rapide, quand l'intervention a été opportune.

Il faut savoir enfin que les deux glandes peuvent suppurer simultanément ou plus souvent l'une après l'autre.

Assez fréquemment, l'urèthre participe à l'inflammation de voisinage. Le méat urinaire apparaît alors rouge et boursouflé. Si, en introduisant le doigt dans le vagin, on presse le canal d'arrière en avant, on donne issue à une grosse goutte de pus épais et jaunâtre.

Les troubles fonctionnels déterminés par cette uréthrite, sont en général beaucoup moins marqués que chez l'homme. Ils peuvent même faire défaut et la blennorrhagie du canal n'est révélée que par la pression digitale. Néanmoins dans la plupart des cas, la malade éprouve une sensation plus ou moins douloureuse en urinant. Il n'est même pas rare que la phlegmasie se propage au col de la vessie et détermine des phénomènes d'uréthro-cystite, caractérisés par des mictions plus fréquentes, et un ténesme qui se manifeste au moment de l'émission des dernières gouttes de liquide, créant un besoin factice de tenter une nouvelle émission d'urine.

De la vulve, l'écoulement blennorrhagique gagne rapidement le vagin et contribue à augmenter le nombre et l'étendue des taches, qui maculent le linge. Mais en pleine période aiguë il faut renoncer à l'examen direct de la muqueuse. Les douleurs que produit le toucher sont tellement vives, qu'elles provoquent une contracture de l'anneau vulvaire, s'opposant à toute introduction dans le conduit vaginal.

Ce n'est que plus tard, lorsque les phénomènes inflammatoires ont cédé, que l'on peut tenter l'exploration des parties, d'abord avec le doigt, puis avec le spéculum.

Il faut procéder avec la plus grande douceur, car l'intromission, même digitale, est toujours douloureuse. Quand on y parvient, on constate une chaleur plus élevée du vagin, une exagération des plis de la muqueuse, souvent de petites saillies, qui répondent à des granulations de la paroi et enfin, dans quelques cas, une véritable induration, due à l'extension de l'inflammation au tissu sous-muqueux.

L'emploi du spéculum nécessite encore plus de ménagements. Il est bien difficile que l'instrument ne provoque pas un léger écoulement sanguin. Le médecin doit en prévenir la malade, qui pourrait autrement l'accuser de maladresse et de brutalité.

Quand la pénétration a été complète, on enlève d'abord par une injection ou à l'aide d'un pinceau, la couche de pus qui tapisse la muqueuse et masque les culs-de-sac. Le vagin apparaît alors rouge intense ; ses plis sont gonflés. Ça et là, on découvre de petites érosions du volume d'une tête d'épingle ou d'une lentille ou encore des granulations rougeâtres, grosses comme un grain de millet ; d'où le nom de vaginite granuleuse, appliqué à cet aspect objectif.

La muqueuse extérieure du col offre les mêmes lésions que la paroi vaginale, avec cette différence que souvent les érosions ont une étendue considérable, égale par exemple à une pièce de un à deux francs.

Chose singulière, la blennorrhagie aiguë peut se développer sans produire de troubles généraux. Néanmoins, le plus souvent on relève un état fébrile, dont témoignent une élévation de température et la fréquence du pouls. Il existe en même temps des signes d'embarras gastrique et une sensation de courbature générale.

Joignez à cela, dans le bas-ventre et les régions voisines, des douleurs, augmentées par les mouvements et la défécation. Les souffrances ressenties par les malades peuvent même les obliger à garder le lit. C'est surtout, au moment des époques, que les phénomènes douloureux atteignent leur acmé, principalement les jours qui précèdent et suivent l'écoulement sanguin.

Tel est le tableau que présente, à la période d'état, la blennorrhagie aiguë, quand elle s'attaque aux parties génitales du sexe féminin.

Marche.

Après avoir persisté un temps variable, subordonné au traitement et à l'hygiène, les douleurs s'apaisent et l'écoulement cesse progressivement.

Terminaison.

La guérison n'est complète, que si la cure est poursuivie

strictement jusqu'à disparition absolue de tous les symptômes, autrement la maladie se réveille sous l'influence de causes variées, telles que : fatigue exagérée, refroidissement pendant les règles, excès de coït, état puerpéral, ou passe à l'état chronique.

Durée. La durée d'une vaginite blennorrhagique, méthodiquement traitée, peut être évaluée à 2 mois au moins.

Diagnostic. La difficulté du diagnostic réside non pas dans la constatation de la phlegmasie vulvo-vaginale, que révèle surabondamment l'abondance de l'écoulement, la rougeur de la muqueuse et les douleurs qui l'accompagnent, mais dans la détermination de sa nature. De ce point essentiel, en effet, découlent la connaissance de la durée de la maladie, l'indication du traitement à suivre et, ce qui est encore plus important, la notion des propriétés plus ou moins contagieuses du flux, qui souille le linge. Ce n'est, en effet, ni l'intensité de l'éréthisme local, ni les modifications de la muqueuse, ni les caractères apparents du pus, qui fourniront des renseignements utilisables. Vous retrouverez ces mêmes caractères dans les vulvo-vaginites traumatiques, dans celles des jeunes filles vierges et des femmes enceintes et même, sauf l'éréthisme, dans les écoulements provoqués par le cancer ou consécutifs à l'avortement.

Quels sont donc les points de repère qui permettent, sinon d'affirmer dans tous les cas, mais au moins de découvrir, en réduisant au minimum les causes d'erreur, la source blennorrhagique de la maladie ?

Il est clair que si l'on a à sa disposition l'outillage nécessaire, la constatation du gonocoque est le trait de lumière. Mais alors même qu'il existe, on ne le décèle pas toujours. Il faut donc rechercher d'autres éléments d'information. Le plus précieux, malheureusement il n'est pas constant, gît dans la concomitance de l'uréthrite avec la vulvo-vaginite.

La phlegmasie uréthrale ne coïncide pas avec les inflammations d'origine traumatique du conduit vulvo-vaginal, telles que celles produites par l'introduction de corps étrangers, le

viol, la défloration brutale. On a relevé, il est vrai, quelques exceptions, mais elles sont très rares et diminuent fort peu la valeur séméiologique de la sécrétion purulente uréthrale.

Mais celle-ci peut manquer, lors même que la blennorrhagie existe. Nous avons fait remarquer en effet, qu'assez souvent, chez la femme, le canal urinaire était épargné.

S'il en est ainsi, nous pouvons cependant disposer d'autres renseignements, qui sans doute n'ont pas la même importance, mais n'en méritent pas moins une importance réelle.

En voici trois, dont la recherche s'impose :

1° Les *antécédents de la malade.* S'il est possible de savoir que celle-ci a couru des risques de contamination vénérienne, l'hypothèse d'une infection gonococcique se présentera d'emblée à l'esprit. Dans quelques cas, malheureusement rares, cette hypothèse deviendra certitude, si l'auteur de l'accident consent à être confronté avec sa victime. L'existence d'une gonorrhée, même très ancienne et très minime chez l'homme, sera démonstrative.

2° La *notion d'une affection antérieure* ou *coexistante.* Le diagnostic n'offre pas de difficulté, lorsque la vulvo-vaginite éclate à la suite d'une maladie infectieuse, telle que la rougeole, la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde.

L'écoulement dû au cancer ne peut pas non plus être méconnu. L'habitus extérieur est déjà un indice ; l'examen local confirme la nature du mal.

Il faut savoir aussi que des flux abondants, purulents, verdâtres, avec cuissons intérieures, se développent parfois à la suite de poussées eczématiformes sur la muqueuse vaginale. La meilleure preuve en est que ces efflorescences coïncident ou alternent avec des éruptions semblables du côté de la peau. Des exanthèmes, dus au grattage, provoqués par des oxyures venant du rectum aboutissent au même résultat. Dans l'un et l'autre cas, c'est l'examen méticuleux du sujet qui révèle l'origine de la maladie.

3° N'oublions pas enfin que toutes les *causes, qui irritent le conduit vulvo-vaginal,* sont capables de provoquer un écoulement dont les caractères objectifs ne diffèrent pas de la blennorrhagie vraie.

De ces divers facteurs, les uns sont aisés à découvrir. S'il s'agit d'une vaginite dépendant d'une grossesse ou d'un avortement, d'un corps étranger, d'un viol ou d'une défloration brutale, il est en vérité facile d'en reconnaître la cause.

Mais il en est d'autres, entourés de mystères, parce que les malades ne les avouent pas. Je fais allusion aux vaginites qui résultent des excès de coït, du coït pendant les règles ou encore de la masturbation.

En telles conditions, il est prudent de traiter la vaginite comme si elle était d'origine gonococcique. En procédant ainsi, on évitera des contagions, qui fatalement se produiraient si le conduit vulvo-vaginal n'était pas stérilisé.

Pronostic. La vaginite, quand elle est blennorrhagique, est une affection sérieuse, à cause de sa propagation possible au col utérin, à l'utérus et aux trompes. Il importe de savoir également qu'elle est très rebelle et susceptible, alors qu'elle semble éteinte, de se réveiller sous l'influence des causes que nous avons précédemment énumérées. Ce qui aggrave encore la situation, c'est que les lésions peuvent être bilatérales et causer la stérilité, en oblitérant les deux trompes.

Si cette redoutable éventualité n'a pas lieu, on risque de voir, à l'occasion de l'état puerpéral, une séquelle, en apparence insignifiante, d'infection du col, récupérer sa virulence primitive et, en se combinant à l'infection septique, dont l'accouchement peut être la cause, entraîner les plus graves désordres, provoquer même, dans des cas heureusement très rares, une pelvi-péritonite mortelle.

On voit donc l'intérêt capital, qui s'attache à la libération complète de la femme, victime de l'infection blennorrhagique.

Les vaginites, dues aux autres causes, comportent sans doute un pronostic moins sérieux. Il ne faut pas oublier cependant qu'elles sont susceptibles de se propager, à l'utérus et à ses annexes, à titre heureusement bien plus rare, et de comporter les conséquences graves, que nous venons d'indi-

quer, conséquences dont nous parlerons plus loin avec détails, à l'occasion des complications de la blennorrhagie.

Traitement

La première indication consiste à calmer les phénomènes inflammatoires.

Tout à fait au début, il n'y a pas lieu de songer à introduire un liquide quelconque dans l'intérieur du vagin, tant la pénétration serait douloureuse.

On doit se contenter de prescrire de grands bains tièdes d'une durée de une à deux heures. La femme tiendra les cuisses suffisamment écartées pour que la muqueuse vulvaire soit largement baignée par le liquide. Ces bains seront renouvelés chaque jour. Il y aura lieu de les écourter, si leur longueur fatigue la malade.

Dans leur intervalle, on appliquera sur la vulve des compresses de mousseline, trempées dans l'eau bouillie et recouvertes d'un taffetas chiffon, destiné à maintenir leur chaleur et leur humidité. Elles devront être changées 3 ou 4 fois par jour et, chaque fois, on lavera soigneusement la vulve, à l'aide d'un irrigateur, dont le jet détachera les exsudats qui tapissent les plis et sillons vulvaires.

Si les phénomènes sont très aigus, il est préférable que la femme s'étende sur une chaise longue et garde la chambre.

A cette période, on ne peut savoir s'il existe ou non de l'uréthrite. Quoi qu'il en soit, au cas où la malade éprouverait des picotements et, *a fortiori*, des brûlures en urinant, il y aurait de fortes présomptions en faveur d'une phlegmasie du canal. C'est alors aux breuvages émollients qu'il faut avoir recours et prescrire, comme pour l'homme atteint de blennorrhagie uréthrale, une boisson composée de moitié lait et moitié eau de graines de lin cuites. Le mode de préparation de celle-ci a été indiqué dans le premier chapitre de ce livre. Inutile d'ajouter que nul autre liquide ne sera permis. La malade devra éviter également les mets épicés et acides. Bref le régime diététique sera le même que celui de l'homme, atteint de gonococcie.

Dès que les phénomènes suraigus auront cédé, on doit chercher à introduire une canule dans le vagin, de façon à permettre des injections destinées à calmer l'irritation de la muqueuse.

TECHNIQUE DES INJECTIONS VAGINALES

Voici la façon de procéder : il faut d'abord avoir à sa disposition l'outillage nécessaire, c'est-à-dire un récipient en tôle émaillée de la contenance de un à deux litres, un tube de caoutchouc de 2 mètres 1/2 environ muni d'un ajutage avec robinet et enfin une canule en verre longue de 15 centimètres, renflée en olive et percée de plusieurs trous à son extrémité vaginale. Cette canule est adaptée à l'extrémité du tube de caoutchouc, qui lui-même est relié au récipient que l'on remplit simplement d'eau bouillie tiède.

Il est préférable que le médecin pratique lui-même les injections en installant la femme sur un lit à spéculum. Mais si la malade, par raison d'économie, désire opérer elle-même, elle devra se conformer aux règles suivantes :

1° S'étendre sur son lit, les cuisses fléchies et non point s'asseoir sur une cuvette ou un bidet ;

2° Glisser sous son siège un bassin plat, destiné à recueillir le liquide ;

3° Ecarter avec la main gauche les lèvres de la vulve ;

4° Pousser enfin avec la main droite et doucement la canule, enduite de vaseline stérilisée et précédemment amorcée.

Le récipient aura été placé à 1 m. 25 au-dessus du plan du lit, pour que le jet soit suffisamment énergique.

La malade procède alors à l'injection, en ouvrant progressivement le robinet adapté au tube de caoutchouc.

Pendant l'irrigation, elle retirera peu à peu la canule, de façon à baigner toute la surface de la muqueuse.

L'injection terminée, il faut avoir le soin de déprimer la fourchette avec le doigt, pour écouler le liquide contenu dans le vagin. Autrement la patiente pourrait en retenir une quantité considérable, égale parfois à un demi-litre, de sorte qu'une fois debout, ce résidu tomberait fatalement et souillerait ses vêtements.

Lorsque l'atténuation de la douleur permet l'introduction d'un spéculum, le lavage du vagin devient à la fois plus facile et plus complet. On le réalisera à l'occasion d'un grand bain. Après avoir enduit d'huile stérilisée l'extrémité de l'instrument, qui doit être garni d'ouvertures le long de ses parois et avoir un volume approprié à la capacité du conduit, la malade déprime la fourchette avec les doigts et

procède lentement à la pénétration. Elle garde ainsi le spéculum pendant toute la durée de la balnéation. Le vagin étant ainsi largement ouvert et les plis effacés, le contact de l'eau achève de combattre l'élément inflammatoire et l'on peut alors recourir aux pansements modificateurs de la sécrétion muqueuse.

Pansements vaginaux

Ces pansements consistent en irrigations antiseptiques et, dans leur intervalle, en applications de tampons ou d'ovules médicamenteux.

En fait d'antiseptiques, c'est au permanganate en solution de 1/4000e à 1/1000e et au sublimé sans alcool, à 1/10000e qu'il faut s'adresser de préférence. A l'exemple de notre distingué confrère, le Dr Berdal, auquel nous avons fait de nombreux emprunts, il est prudent de les associer l'un à l'autre.

On ne doit point oublier en effet, que malgré l'absence apparente du gonocoque dans un certain nombre de cas, il n'est pas impossible que ce contage joue un rôle dans les phénomènes observés. Or, le permanganate est l'obstacle le plus énergique à la pullulation de ce microbe et l'agent qui le détruit avec le plus de sûreté.

En outre, nous avons fait remarquer que le gonocoque est accompagné presque toujours de micro-organismes multiples, hôtes normaux et inoffensifs du conduit vulvo-vaginal, mais capables d'acquérir à un moment donné, sous des influences qui nous échappent, des propriétés nocives. Eh bien, l'expérience nous a appris que le sublimé est le meilleur moyen de les faire disparaître.

Il est donc tout indiqué d'unir ces deux agents et de prescrire, pour le pharmacien, soit des paquets contenant la dose à mélanger dans un ou deux litres d'eau bouillie, soit une solution forte, dont une cuillerée à bouche représente la quantité requise.

Ainsi, si vous voulez préparer, je suppose, une solution de permanganate de potasse à 1/4000e et une solution de sublimé à 1/10.000^{e} pour un litre d'eau bouillie vous formulerez :

Permanganate de potasse	25 centigr.
Sublimé sans alcool	10 —

pour un paquet.

Préférez-vous une solution forte? Vous demanderez au pharmacien de dissoudre les mêmes doses de médicaments dans autant de grammes d'eau distillée, soit 35 grammes et, vous servant d'une éprouvette graduée, vous verserez cette quantité dans un litre d'eau bouillie.

Lorsqu'on veut élever ou diminuer la concentration de la solution médicamenteuse, les solutions fortes sont plus faciles à manier que les paquets.

La malade doit pratiquer deux injections par jour : une matin et soir, et une seulement le matin si elle a recours aux pansements vaginaux, dont nous allons parler.

Il est nécessaire que la température de l'eau atteigne 38 à 40° c., le gonocoque résistant fort peu à la chaleur. En prenant cette précaution, on seconde l'action médicamenteuse et on arrive plus promptement à stériliser le conduit vaginal.

Dans l'intervalle des injections, les parois vaginales enflammées ne doivent pas rester en contact. Celles-ci seront séparées par des tampons ou des ovules, contenant des substances médicamenteuses appropriées.

Si la femme est en mesure de recevoir quotidiennement la visite du médecin, les tampons introduits à l'aide du spéculum sont préférables. Cet instrument permet de les porter jusqu'au fond du vagin et de modifier non seulement la muqueuse du conduit, mais encore l'orifice du col et les culs-de-sac vaginaux, derniers repaires de l'infection gonococcique.

Les tampons habituellement employés sont formés d'ouate hydrophile roulée en cylindre, et serrés à leur partie moyenne par un long fil destiné à en faciliter l'extraction.

On les imprègne d'une substance médicamenteuse et on les introduit dans le vagin à l'aide d'une longue pince, en prenant la précaution de laisser les fils pendre au dehors.

Je ne m'attarderai pas à énumérer toutes les substances actives qui ont été préconisées. Je n'en retiendrai qu'une seule, dont l'efficacité a été consacrée par l'expérience, tout au moins dans la vaginite aiguë. Il s'agit d'un mélange de glycérine et d'iodoforme dans la proportion de 5 à 10 o/o.

Le changement de ce topique doit être opéré tous les jours.

Après l'avoir enlevé en tirant sur les fils, on procédera à une grande irrigation vaginale d'eau bouillie, suivie de l'irrigation médicamenteuse au permanganate et sublimé, puis on

replacera un nouveau tampon. La malade, gardant celui-ci vingt-quatre heures, les lavages n'auront lieu dans ces conditions qu'une fois par jour.

N'oublions pas que la situation sociale de beaucoup de femmes ne leur permet pas d'assumer des frais médicaux considérables. Il faut donc leur indiquer les moyens de procéder elles-mêmes à leur pansement.

On a imaginé à cet effet des ovules de glycérine solidifiée qui peuvent contenir la substance médicamenteuse considérée comme la plus active, l'iodoforme dans le cas particulier.

Le soir, la femme, en se couchant, après avoir pris une injection et trempé l'ovule dans l'eau, l'introduit dans la cavité vaginale, en le poussant aussi loin que possible avec les doigts. Elle le garde ainsi toute la nuit. N'oubliez pas de lui recommander de se garnir comme au temps de ses règles. Autrement, la glycérine, qui fond sous l'influence de la chaleur du vagin, souillerait la chemise et le drap du lit.

Lorsque la blennorrhagie uréthrale coïncide avec la vulvo-vaginite, on devra, après la cessation de la douleur en urinant, prescrire comme chez l'homme des capsules d'Arhéol, que l'on continuera non pas seulement jusqu'à disparition complète de la goutte, démontrée le matin au réveil par la pression du canal, après une nuit entière sans miction, mais encore prolonger la cure une dizaine de jours pour éviter toute récidive. Bien entendu, à ce traitement sera joint le régime, dont la durée dépassera au moins d'une semaine la suppression des remèdes.

D'autre part, les injections et les pansements vaginaux ne doivent cesser qu'après asséchement complet du conduit.

Il importe surtout de s'assurer que les culs-de-sac ne présentent plus trace de suppuration, principalement le cul-de-sac postérieur qui est le dernier repaire de la sécrétion blennorrhagique. Est-il complètement sec ? La malade est guérie. Rien alors à craindre des complications redoutables que nous décrirons plus loin, non plus que des contagions, conjugales ou autres, dont la persistance de quelques germes gonococciques serait fatalement responsable.

CHAPITRE V

BLENNORRHAGIE CHRONIQUE CHEZ LA FEMME

Division. L'étude de la Blennorrhagie chronique chez la femme nécessite dès l'abord une division, qu'il importe de connaître, au point de vue clinique.

Tantôt la Blennorrhagie succède à l'état aigu et la filiation est ainsi facile à établir ; tantôt au contraire, l'infection s'installe insidieusement et le mal n'est révélé à la longue que par des signes subjectifs et des troubles fonctionnels, ordinairement attribués à toute autre cause.

Signes prémonitoires. En quoi consistent ces troubles, d'ailleurs les mêmes, qu'il s'agisse d'une Blennorrhagie aiguë mal éteinte ou latente d'emblée.

La malade, et bien souvent il s'agit d'une jeune mariée, se plaint de douleurs dans le bas ventre ; les souffrances deviennent plus vives à l'occasion de fatigues, telles que la marche, la danse ou encore un léger excès de coït.

La menstruation est troublée. Au moment des règles, surviennent des coliques souvent intenses. L'écoulement sanguin est tantôt diminué, tantôt au contraire augmenté. On le voit reparaître, après avoir complètement cessé.

Dans l'intervalle des règles, la leucorrhée est plus abondante.

La fécondation est-elle réalisée? l'accouchement a lieu avant terme et il est possible de voir l'enfant contracter, au passage, une ophtalmie purulente.

En présence de semblables accidents, le médecin doi questionner le mari et si celui-ci, soit par ignorance, soit par dissimulation, n'avoue pas une séquelle blennorragique, l'examen de son canal s'imposera le matin avant

la miction et permettra dans bien des cas de découvrir, sans conteste, le corps du délit.

Bien entendu, la recherche de la goutte matinale sera inutile, si l'on a assisté précédemment aux diverses phases d'une vulvo-vaginite aiguë blennorrhagique.

Quoiqu'il en soit, on procédera dans les deux cas à une inspection méticuleuse de l'appareil génito-urinaire, de façon à se rendre compte du siège et de l'étendue des lésions.

Lésions locales
a) Vulvaires.

A la vulve, prédominent des altérations folliculaires et glandulaires. Celles-ci même peuvent exister exclusivement ; le plus souvent, elles s'accompagnent de localisations uréthrales et vagino-utérines.

Pour bien voir l'état des follicules, il faut d'abord déterger la vulve. Cette opération terminée, voici ce que l'on constate : trois modalités objectives :

a) De petites dépressions cratériformes, au fond desquelles on aperçoit une gouttelette de pus, très adhérente à la paroi.

b) De minimes taches rouges, analogues à des morsures de puce, centrées par un point plus sombre, qui n'est autre que l'orifice de la glande.

c) Des saillies rougeâtres, ne dépassant pas le volume d'un grain de millet. Ce n'est qu'à titre tout à fait exceptionnel qu'elles se pédiculisent et prennent l'aspect polypeux.

Au sommet des follicules proéminents, existe un orifice arrondi et béant. Saisit-on ceux-ci entre les doigts, on a la sensation d'un grain de plomb, enchâssé dans la muqueuse.

Il est fréquent de voir ces diverses folliculites subir une poussée aiguë sous l'influence de causes variables, telles que la menstruation, les excès de coït, une fatigue exagérée due à des marches excessives, la danse, l'équitation, l'emploi de la machine à coudre.

Le follicule devient alors plus saillant, sensible à la pression et s'abcède en donnant issue à quelques gouttes de pus.

La poche vidée, tantôt la cicatrisation s'opère régulièrement, tantôt il persiste des fistules incomplètes ou complètes.

Les fistules incomplètes sont les plus fréquentes. Elles siègent habituellement dans le sillon qui sépare les petites lèvres des caroncules myrtiformes et peuvent être difficiles à apercevoir, lorsqu'elles sont cachées par un repli de la muqueuse ou siègent au fond d'un sillon. On n'en découvre l'ouverture que par la pression du trajet fistuleux, qui donne issue à quelques gouttes de pus. Il est utile de reconnaître, à l'aide d'un stylet, l'étendue du conduit excréteur et les dimensions de la poche. J'ajoute, qu'au niveau de la fourchette, on aperçoit assez souvent des follicules suppurés, qui s'ouvrent par plusieurs orifices.

Les fistules complètes comportent deux entrées : l'une superficielle, l'autre profonde. D'après leur siège on les distingue en vulvo-vulvaires, vulvo-vaginales, vulvo-périnéales et vulvo-anales.

Les fistules vulvo-vulvaires occupent habituellement la face interne des petites lèvres.

Les fistules vulvo-vaginales se localisent aux parois latérales ou à la partie postérieure du vagin.

Ainsi que leur nom l'indique, les fistules vulvo-périnéales et anales s'ouvrent à la fois du côté de la vulve et du côté du périnée ou du rectum, non loin de l'anus.

Ces diverses fistules, d'ailleurs indolentes, ne sont révélées que par leur sécrétion purulente. Dans quelques cas, cependant, elles deviennent douloureuses, par suite de l'oblitération de leurs orifices et la rétention du pus, qui en est la conséquence. Quoiqu'il en soit, elles n'ont aucune tendance à la guérison spontanée.

b) Vulvo-vaginales.

Il est très fréquent que les glandes de Bartholin soient lenvahies en même temps que les follicules vulvaires.

Parfois, la phlegmasie succède à une Bartholinite aiguë ; e plus souvent, elle s'établit insidieusement et affecte d'emblée une allure chronique.

On la reconnaît à une saillie, qui siège entre la petite lèvre et les caroncules myrtiformes. En introduisant l'index dans le vagin, on peut saisir la glande entre ce doigt et le pouce et, par cette manœuvre, la délimiter aisément. Ainsi comprimée, elle ressemble à une petite noisette rénitente, qui, d'après

Verchère, simule un gros ganglion mobile. Par la pression, il sort une goutte de muco-pus de l'orifice, que borde une collerette rouge ou une érosion, parfois recouverte de minuscules papillomes.

Dans la plupart des cas, la marche insidieuse et chronique de la Bartholinite est interrompue par des poussées subaiguës, causées par la menstruation ou un léger excès de coït. La glande devient alors douloureuse, augmente de volume et suppure plus abondamment. Puis tout rentre dans l'ordre et la phlegmasie reprend son allure torpide, jusqu'à une crise nouvelle.

Néanmoins, quand les phénomènes inflammatoires acquièrent une grande intensité, il se forme un abcès, qui, après ouverture, laisse une fistule. Tantôt, cette fistule est incomplète et son orifice siège presque toujours dans le sillon qui sépare la petite lèvre des caroncules myrtiformes ; tantôt, au contraire, elle est complète et peut s'ouvrir à la vulve, dans le vagin, au périnée, à l'anus et même dans le rectum. A l'aide d'un stylet, on peut se rendre compte de la direction du trajet et du siège de l'ouverture profonde.

Ajoutons, pour terminer, que la Bartholinite chronique et les fistules, qui en résultent habituellement, n'ont, comme les folliculites, aucune tendance à la guérison spontanée.

c) Uréthrales.

L'uréthrite accompagne presque toujours la Blennorrhagie chronique et sa présence est un indice quasi certain de la nature gonococcique de toutes les autres localisations morbides.

Dans les lésions que l'on constate, il y a lieu de distinguer celles qui occupent le canal proprement dit, et celles qui existent à son pourtour.

La phlegmasie se borne-t-elle exclusivement au canal, elle ne se révèle le plus souvent par aucun trouble et pour la dépister, après avoir placé la femme dans la position de l'examen au spéculum, il faut introduire l'index dans le vagin et presser le conduit d'arrière en avant contre la face postérieure du pubis. On ramène ainsi une goutte de pus, absolument démonstrative. Mais il importe que la malade

prenne la précaution de rester sans uriner, au moins six heures, pour que la goutte ait le temps de se former.

L'examen, le matin au réveil, après 7 à 8 heures de sommeil, serait le plus concluant, parce que ce n'est plus dans la journée, mais la nuit seulement, que persiste en dernier ressort la sécrétion purulente.

Telle est l'uréthrite chronique, communément observée chez la femme.

Mais à la longue, on peut voir se produire des modifications, qui méritent d'être connues.

Tantôt il se forme, à l'intérieur, autour de l'urèthre, plus ou moins loin du méat, une poche qui communique avec le canal par une ouverture de largeur variable. Cette poche, chargée de pus, est le résultat d'un abcès péri-uréthral. En faisant pénétrer dans le kyste une sonde cannelée, dont l'extrémité a été recourbée et en introduisant simultanément l'index dans le vagin, on sent l'extrémité de la sonde et l'on peut ainsi se rendre compte de la profondeur et de la configuration de la cavité.

Tantôt, au contraire, il se développe, dans l'intérieur du canal, des végétations sessiles ou pédiculées, qui le dilatent et viennent souvent saillir au méat; ces productions saignent au moindre contact et entretiennent un écoulement, en général peu abondant. Mais elles peuvent, à un moment donné, retentir sur la vessie, provoquant une cystite du col et même du corps en totalité.

L'uréthrite chronique, enfin, aboutit parfois à une transformation fibreuse des parois du canal. A l'inspection, le méat est béant et permet de voir une muqueuse blanche et lisse par disparition des plis longitudinaux. Au toucher vaginal, on sent un cordon dur, résistant, fixe ou mobile latéralement.

Cet état persiste en général indéfiniment, sans qu'il en résulte pour la malade le moindre dommage.

Dans bien des cas, l'urèthre n'est pas seul atteint. Les follicules, qui entourent le canal, participent à l'inflammation. Bref il existe de la Périuréthrite.

Les follicules malades occupent les lèvres du méat ou les régions circonvoisines. Deux d'entre eux, par leur volume, méritent une mention spéciale. Ils sont situés presque symétriquement à 3 ou 4 millimètres en dehors de l'orifice

uréthral. Astruc, qui les a décrits le premier, les a désignés sous le nom de prostates. D'autres fois on les rencontre sur les parois mêmes du méat.

Quel que soit leur siège, quand ils sont atteints de blennorrhagie chronique, leur volume est augmenté et leur consistance au toucher donne la sensation d'un grain de plomb enchâssé dans la muqueuse. Si l'on presse sur ces follicules, on donne issue à une petite goutte de pus, cause fréquente de contaminations chez l'homme.

Ces petites poches infectées sont sujettes à des poussées aiguës, capables d'aboutir à des fistules incomplètes ou complètes. Ces dernières peuvent s'ouvrir au niveau du vestibule ou du vagin. Que ces fistules soient borgnes ou complètes, elles n'incommodent pas les malades ; mais elles n'ont aucune tendance à la guérison spontanée.

d) Vaginales.

On conçoit aisément que le vagin ne soit pas épargné dans le cours de la Blennorrhagie chronique. Sans doute, la chronicité peut succéder à une vaginite aiguë. Mais le plus souvent elle s'installe d'emblée. D'après les conceptions actuelles, elle serait toujours consécutive, soit à une métrite, soit, quoique plus rarement, à une uréthrite.

Quel que soit son point de départ, elle est indolente et ne se révèle que par un écoulement et des lésions vaginales, constatables par le toucher et l'examen au spéculum.

L'écoulement consiste en un liquide lactescent d'aspect, qui s'échappe du vagin, en imprégnant le devant de la chemise de taches jaunâtres. Dans quelques cas, ce liquide est retenu par la contraction du sphincter de la vulve et ce n'est qu'en introduisant le doigt dans le vagin qu'il jaillit à l'extérieur. Souvent aussi, il ne s'accumule que dans le cul-de-sac postérieur et on ne le découvre qu'à l'aide du spéculum. Ce siège particulier est la source, chez l'homme, de bien des blennorrhagies communiquées par des femmes, qui de prime abord paraissent saines.

Quand on pratique le toucher, la pénétration du doigt est plus difficile qu'à l'état normal, parce que le vagin est rétréci et ce rétrécissement est dû à un épaississement plus ou moins marqué de la muqueuse, subordonné à l'ancienneté

de la maladie et à des rugosités, qui tapissent la surface du conduit.

Au spéculum, on découvre d'abord un flux blanc-jaunâtre, qui cache l'état de la muqueuse. Mais souvent aussi, ce liquide ne siège que dans le cul-de-sac postérieur et les deux tiers antérieurs du vagin apparaissent d'emblée avec leurs lésions. Quoiqu'il en soit, il faut d'abord déterger la muqueuse avec soin, à l'aide d'un tampon de coton hydrophile, porté sur une longue pince, pour bien se rendre compte de l'état des parties. Voici alors ce que l'on constate : une coloration rouge ardoisée, des granulations, qui peuvent tapisser tout l'intérieur du vagin et enfin, des érosions plus ou moins larges, saignant au moindre contact et occupant de préférence le cul-de-sac postérieur. Ajoutons que l'introduction du spéculum étant parfois difficile, l'instrument doit être manié avec beaucoup de douceur.

e) Utérines. Les anciens auteurs croyaient que la Métrite blennorrhagique était chose rare. Aujourd'hui, il est démontré, grâce aux recherches bactériologiques, que l'utérus est envahi dans les trois quarts des cas environ.

Il est très rare d'observer l'endométrite aiguë. Dans la règle, la maladie s'installe insidieusement et se présente d'emblée à l'état chronique. Elle peut résulter d'une inoculation directe, due à la pénétration du gonocoque dans le col, à la suite de l'éjaculation, lorsque le mari ou l'amant est atteint de la goutte dite militaire et alors il est possible que l'Endométrite cervicale constitue l'unique manifestation de la Blennorrhagie. C'est le cas de beaucoup de jeunes mariées, infectées ainsi par leur conjoint. Mais, le plus souvent, coexiste une vulvo ou une uréthro-vaginite de même nature.

Chez les nullipares, la maladie ne dépasse pas le col. Elle ne se propage à la muqueuse du corps qu'à l'occasion d'un accouchement ou d'une manœuvre intempestive intra-utérine.

La métrite blennorrhagique du col ne se révèle que par des phénomènes subjectifs et des troubles fonctionnels de minime importance : à peine quelques douleurs dans le bas-ventre et une leucorrhée plus ou moins abondante.

Le toucher ne fournit aucun renseignement. Le museau de tanche a conservé sa forme, son volume et sa consistance normale.

Seul, l'examen au spéculum permet de porter un diagnostic précis.

On aperçoit alors une sécrétion muco-purulente, qui provient du col et en masque l'orifice.

Souvent cette sécrétion est très visqueuse et adhère fortement aux parties sous-jacentes. Pour en débarrasser la malade, il faut se procurer deux litres de solution de chlorure de chaux à 1/10e et, à l'aide du spéculum, cette masse de liquide est lancée contre le col. On doit avoir la précaution de recevoir la solution qui revient par le vagin, dans un vase en tôle émaillée, car le chlorure de chaux attaque le métal et, pour la même raison, il faut plonger le spéculum dans l'eau bouillie, afin de préserver le nickelage.

Quand on a détergé ainsi le col et son orifice, on découvre une muqueuse rouge, gonflée et ulcérée dans une étendue plus ou moins grande autour de l'ouverture cervicale.

Si l'on est en mesure de rechercher le gonocoque, c'est dans la sécrétion muco-purulente qu'on le rencontre, mélangé le plus souvent à d'autres micro-organismes.

Il faut se garder de faire pénétrer un hystéromètre dans le canal cervical. Autrement on risquerait d'introduire dans le corps de l'utérus l'agent de la Blennorrhagie et de transformer une endométrite circonscrite en une endométrite totale.

La phlegmasie gagne-t-elle l'utérus dans sa totalité, la malade accuse des douleurs plus ou moins vives dans le basventre. Ces douleurs irradient vers la région lombaire et les cuisses. Elles augmentent sous l'influence de la marche, d'une station debout un peu prolongée et surtout de la menstruation. C'est surtout dans les jours qui précèdent les règles qu'elles s'exaspèrent ; elles diminuent après leur cessation. Elles se compliquent enfin d'écoulement vaginal et de pertes sanguines.

Le flux qui s'échappe du vagin est constitué par un liquide muco-purulent, laissant sur le linge des taches jaune-verdâtre. Comme les douleurs, il augmente sensiblement avant et après les règles.

Les pertes sanguines consistent en une exagération de la

menstruation, qui apparaît avant l'époque ordinaire et se prolonge pendant un ou deux septénaires.

L'examen de l'utérus, à l'aide du toucher, est très difficile. La pression sur le col et dans le cul-de-sac postérieur, aussi bien que les tentatives pour mobiliser l'utérus provoquent une vive douleur. Cette hypéralgésie est due à l'inflammation du péritoine péri-utérin, qui résulte de la propagation, à la totalité de l'utérus, de l'infection blennorrhagique.

L'envahissement successif des deux portions de l'utérus s'applique à l'endométrite gonococcique des nullipares. Lorsque l'infection s'attaque aux multipares, elle gagne d'emblée, dans la plupart des cas, le col et le corps de la matrice. On sent alors au toucher un col volumineux, mollasse et largement ouvert. Les lèvres de l'orifice sont boursouflées ; le doigt perçoit les déchirures, indices des accouchements antérieurs et révèle souvent l'existence de fongosités, qui tapissent la muqueuse en ectropion. Le corps de l'utérus est augmenté de volume ; l'hystéromètre y pénètre facilement et indique une augmentation de la cavité, qui peut atteindre jusqu'à 9 centimètres.

Les douleurs sont très vives et les troubles fonctionnels antérieurement indiqués, tels que : les sécrétions vaginales et les pertes sanguines, acquièrent un haut degré d'intensité. Qu'il s'agisse de nullipares ou de multipares, tous les phénomènes s'amendent, lorsque la crise menstruelle est terminée.

Marche et durée de la blennorrhagie chronique.

La marche de la Blennorrhagie génitale chronique chez la femme est, comme je l'ai dit, essentiellement insidieuse et n'est guère révélée que par des poussées subaiguës, qui éclatent à des échéances variables. Dans l'intervalle, elle est presque latente et c'est au médecin de la découvrir.

Si elle n'est pas traitée énergiquement, sa durée est indéfinie, sans que la femme se doute souvent de l'affection dont elle est atteinte.

Diagnostic.

Le diagnostic comporte la solution d'un double problème :

Il faut d'abord constater l'importance et l'étendue de

l'élément phlegmasique ; secondement en reconnaître la nature.

1° *Constatation de l'élément phlegmasique.*

Dans beaucoup de cas, je le répète, l'inflammation est, pour ainsi dire, silencieuse. La femme ignore l'affection dont elle est atteinte. Aussi reste-t-elle souvent fort longtemps sans consulter. Le jour où il lui arrive de se plaindre, elle n'accuse que des douleurs vagues dans le bas-ventre et une leucorrhée plus ou moins abondante. Il appartient donc au médecin de dépister la maladie. N'ignorant pas que celle-ci n'est malheureusement que trop fréquente chez les jeunes mariées, il a le devoir de réclamer l'examen des parties génitales et ses investigations doivent porter successivement sur la vulve, l'urèthre, le vagin et l'utérus.

Exploration de la vulve.

L'exploration de la vulve révèle l'existence d'un léger gonflement des parties et d'une rougeur de la muqueuse, plus accentuée qu'à l'état normal. Mais, ce qu'il faut surtout constater, c'est l'état des follicules et des glandes de Bartholin.

J'ai indiqué à la symptomatologie l'aspect divers des follicules de la vulve. Je n'ai pas à y revenir. On n'oubliera pas d'en pincer quelques-uns entre le pouce et l'index. La gouttelette de pus, qui en sortira, sera la preuve évidente de leur état inflammatoire. Il y aura lieu enfin, si les lésions sont anciennes, de rechercher les fistules borgnes ou complètes, que nous avons décrites.

Quant aux glandes de Bartholin, leur orifice siège dans le sillon qui sépare les petites lèvres des caroncules myrtiformes ; en les comprimant entre deux doigts, on fera sourdre le pus, si elles participent à la phlegmasie.

Examen de l'urèthre.

L'examen de l'urèthre offre un grand intérêt. Car, s'il est envahi, on pourra conclure, dans la plupart des cas, à la nature blennorrhagique de l'ensemble des phénomènes morbides. On sait que, pour amener au méat la goutte accusatrice, il faut introduire l'index dans le vagin et presser le canal contre le pubis.

Mais la pénétration d'un doigt dans les parties génitales n'est permise qu'après avoir pris les précautions aseptiques suivantes :

1° Savonner énergiquement les mains et surtout brosser les ongles, qui doivent être soigneusement débarrassés de leurs impuretés. Des expériences allemandes, déjà anciennes, ont démontré que des microbes nombreux, principalement ceux de la suppuration, se logeaient dans la rainure du bord libre.

2° Tremper les doigts dans une solution de sublimé à 1 0/00.

3° Enduire enfin de vaseline stérilisée l'index qui sert à l'exploration.

Non seulement il importe de se rendre compte de la sécrétion du canal, mais il faut encore rechercher l'état des follicules intra-uréthraux.

Pour cela, on fait uriner la malade. La miction balaye les produits contenus dans le canal. On introduit alors le doigt dans le vagin, comme si l'on voulait exprimer une goutte. Si les follicules sont malades, on verra sourdre au méat une nouvelle rosée purulente.

Inspection du vagin.

Après avoir examiné l'urèthre, on doit passer à l'inspection du vagin. C'est alors que l'emploi du spéculum s'impose. Mais avant de l'introduire, on pratiquera d'abord le toucher, pour se rendre compte de la position du col. L'inclinaison en effet de celui-ci indique la direction qu'il faut donner à l'instrument pour découvrir sa portion vaginale.

Afin d'opérer dans les meilleures conditions possibles d'asepsie, le spéculum sera d'abord stérilisé par ébullition dans l'eau, puis placé dans une solution phéniquée à 1 0/0, L'instrument le plus pratique est celui qui a été imaginé par Cusco et appelé bec de canard.

En procédant à l'introduction, le médecin prendra la précaution d'appuyer sur la fourchette, de façon à ne pas froisser la colonne antérieure du vagin, toujours assez sensible.

Après avoir enlevé, à l'aide d'une longue pince, munie d'un tampon de coton hydrophile stérilisé, l'exsudat qui

tapisse habituellement le conduit, on examinera avec soin la muqueuse sous-jacente.

Pour bien se rendre compte des lésions qu'elle présente, il est fort important d'en connaître l'aspect à l'état normal.

Chez une femme saine, la muqueuse vaginale a l'apparence d'une membrane rosée, lisse, sillonnée de plis transversaux, qui tendent à disparaître sous la pression du spéculum. Sur la ligne médiane, on découvre une saillie longitudinale, appelée : colonne du vagin. En dehors de la menstruation, la surface est lubrifiée par une très légère couche de mucus, à peine appréciable à la vue.

Au moment des règles, la surface du conduit prend une teinte plus foncée et devient violette dans le cours de la grossesse.

La femme est-elle atteinte de Blennorrhagie chronique, on constate d'abord, dans la plupart des cas, un écoulement de pus, plus ou moins épais et visqueux, sortant par l'orifice du col. Puis, à mesure que l'on retire le spéculum, la muqueuse apparaît rouge, épaissie et érodée. Fréquemment, les lésions se localisent dans le cul-de-sac postérieur et cette partie du vagin doit toujours être examinée avec beaucoup de soin. Car, bien souvent, elle recèle le contage, qui communique la Blennorrhagie.

Exploration de l'utérus.

L'examen de la malade doit enfin se terminer par l'exploration de l'utérus.

Ici, c'est le toucher, qui fournit les renseignements intéressants à connaître.

Lorsque l'index, enduit de vaseline stérilisée, a pénétré jusqu'au col, on placera la main gauche sur l'hypogastre et l'on déprimera lentement la paroi abdominale, pour pousser l'utérus vers le doigt qui explore le col.

C'est ainsi que, la forme de celui-ci, son volume, sa consistance, l'état de l'orifice et de ses lèvres, pourront être facilement appréciés. On recherchera ensuite le degré de mobilité du corps utérin.

A l'état normal, l'organe est mobile dans tous les sens que le doigt exerce une pression dans le sens antéro-posté rieur ou latéral. Sitôt la matrice laissée libre, elle revient à sa

situation première. Dans la métrite blennorrhagique, la mobilité persiste et n'est réellement modifiée, que dans les cas, où il coexiste une phlegmasie péri-utérine.

Mais, ce que l'on peut constater, ce sont des déviations, dues à l'inflammation utérine, que celle-ci soit gonococcique ou non.

Chez la femme saine et nullipare, il existe une antéversion légère, c'est-à-dire que le col est situé en arrière et qu'en explorant le cul-de-sac antérieur, on sent aisément le corps de l'utérus. Chez les femmes qui ont eu des enfants, l'antéversion disparaît et il faut pousser le doigt avec force pour arriver à sentir une partie de la face antérieure de l'organe.

La Blennorrhagie utérine chronique produit deux sortes de déviations, que l'on retrouve aussi, il est vrai, dans d'autres variétés de métrite.

L'introduction du doigt dans le cul-de-sac antérieur, permet de constater, en suivant le col, que l'utérus est en antéflexion, ainsi que le démontre un sillon, qui sépare la partie cervicale du corps de l'organe.

Mais il est possible que la déviation inverse existe, c'est-à-dire que la matrice soit en rétroflexion ; dans ce cas, c'est en explorant le cul-de-sac postérieur, que l'index rencontrera le corps. On pourra atteindre le sommet de celui-ci, en combinant le toucher rectal au toucher vaginal et se rendre compte ainsi du volume de l'organe.

Ce renseignement suffit. Il est imprudent de recourir à l'hystéromètre pour apprécier la capacité utérine. D'abord la pénétration de l'instrument serait difficile, à cause des déviations. Puis, si la Blennorrhagie était seulement limitée au col, ce qu'il est impossible de savoir, on risquerait par cette manœuvre d'introduire le gonocoque jusqu'au fond de l'utérus et d'infecter ainsi l'organe dans son entier.

2° *Points de repère de la nature des lésions.*

La recherche de la nature des lésions constitue un des points les plus délicats du diagnostic et, en l'absence de la constatation du gonocoque, il ne peut guère être affirmé sans restriction. On trouve néanmoins dans les localisations

et l'aspect objectif des parties malades des points de repère, dont la découverte a une valeur incontestable.

Si la vaginite et la métrite ne possèdent aucun caractère les séparant des phlegmasies de tout autre nature, la coïncidence de folliculites vulvaires, de bartholinite et surtout d'uréthrite chronique acquièrent une grande importance pour la solution du problème. Le plus souvent en effet ces lésions abritent le gonocoque.

L'examen du mari joue aussi un rôle capital dans le diagnostic. C'est le matin, après avoir passé une nuit, sans mictions, qu'il faut rechercher la goutte et, pour être plus sûr de la découvrir, il importe de réactiver la sécrétion du canal, en recommandant au conjoint de boire pendant quarante-huit heures de la bière à tous les repas, sans préjudice de tasses de café, suivies d'un petit verre de liqueurs fortes. Si, après cette épreuve, la pression du canal, depuis le pourtour de l'anus jusqu'au méat, ne révèle aucun suintement, c'est que le sujet est réellement indemne.

Pronostic.

Sans doute, la Blennorrhagie chronique des voies génito-urinaires chez la femme peut rester indéfiniment bénigne et la malade vivre en quelque sorte dans l'ignorance de l'affection, dont elle est atteinte.

Malheureusement, il n'en va pas toujours ainsi et des conséquences redoutables sont à craindre, non pas seulement pour la victime, mais pour les enfants, qui naîtront d'elle et pour l'homme, dont le sort est uni au sien.

D'abord, il faut se rappeler que la gonorrhée, dans le sexe féminin, est essentiellement tenace et que la guérison ne peut être obtenue qu'après un traitement énergique et persévérant.

Mais ce que l'on doit surtout craindre, c'est l'extension aux trompes et aux ovaires du processus morbide. Nous en parlerons dans un chapitre ultérieur, en décrivant les complications de l'infection blennorrhagique. Celles-ci se produisent surtout à l'occasion d'un accouchement ou d'un avortement.

Si l'enfant naît viable, une ophtalmie grave, due à la pénétration du gonocoque, le menace au passage.

Enfin le mari risque, à chaque contact, l'infection blen-

norrhagique, surtout quand les rapports sexuels ont lieu quelques jours avant ou après les règles, époque, comme l'on sait, de reviviscence des germes contagieux.

Traitement de la blennorrhagie chronique chez la femme.

Le traitement de la Blennorrhagie chronique chez la femme doit être essentiellement local. Il y a fort peu à attendre d'une médication générale. Sans doute celle-ci, en relevant le sujet, peut favoriser l'action topique. Mais c'est aux lésions multiples, précédemment décrites, que le médecin s'attaquera directement.

Ai-je besoin de rappeler que ces lésions peuvent occuper, isolément ou simultanément la vulve, l'urèthre, le conduit vaginal et l'utérus, au moins dans sa portion cervicale.

Pour en libérer la malade, quantité de moyens ont été mis en œuvre. Nous indiquerons les plus pratiques, ceux qui pourront être employés sans difficulté réelle.

1° Traitement des localisations vulvaires.

Les localisations vulvaires, avons-nous dit, siègent dans les follicules et les glandes.

Les follicules sont justiciables d'un seul traitement : la destruction.

Pour atteindre ce but, nous avons deux moyens : l'excision et la cautérisation ignée.

L'excision, à l'aide d'une pince à griffe, qui saisit le follicule et d'un ciseau courbe sur le plat, est une petite opération sanglante, nécessitant après l'ablation un point de suture.

La cautérisation, à mon sens, est de beaucoup préférable.

Comment la pratiquer? On peut se servir, soit du galvano-cautère, soit du thermo-cautère.

Si l'on possède une pile, le galvano-cauthère est très pratique. Il suffit d'introduire la pointe froide de l'instrument jusqu'au fond du follicule et de mettre l'appareil en communication avec la pile. La tige de platine rougit et le follicule est cautérisé instantanément, presque sans douleur.

Mais cette opération ne peut aboutir, que si l'on a à sa disposition une source d'électricité. Aussi, est-il plus simple

de recourir au thermo, pourvu que celui-ci possède une pointe assez fine, pour pénétrer jusqu'au fond du follicule. L'inconvénient consiste dans la nécessité d'introduire cette pointe préalablement rougie, de sorte que l'opération est plus douloureuse.

DIDAY a imaginé un moyen bien simple, qui lève cette difficulté. Le voici en deux mots :

On prend un fil de platine, assez fin pour pénétrer jusqu'au fond du follicule. Laissant ce fil en place, on chauffe la portion laissée en dehors à l'aide d'une lampe à alcool, jusqu'à ce qu'on entende un grésillement, qui indique la cautérisation du cul-de-sac. Avant de procéder à l'opération, il faut avoir le soin de passer à travers la tige de platine une carte de visite que l'on applique directement sur la muqueuse vulvaire, pour éviter la brûlure, nécessairement causée par le chauffage du fil.

La cautérisation terminée, que l'on ait eu recours au thermo-cautère ou à la tige de platine chauffée, il suffit de panser la petite plaie avec la poudre d'iodoforme et, si l'on craint l'odeur, avec la poudre d'ektogan, qui est, comme l'on sait, un peroxyde de zinc. En renouvelant, matin et soir, cette application, on lavera préalablement la vulve avec une solution de sublimé à 1 0/00.

S'agit-il de fistules borgnes, consécutives aux folliculites, leur traitement sera le même. Mais si les trajets fistuleux sont longs et complets, leur excision s'impose. Il faut alors se confier à un chirurgien de carrière, car il s'agit d'opérations assez compliquées, qui sortent du domaine de la médecine courante.

Quand l'inflammation a envahi la glande vulvo-vaginale, on peut tenter la résolution, en appliquant à la surface des compresses imbibées d'eau blanche ou d'une solution de sublimé à 1/2000. Mais lorsque la fluctuation devient évidente, on doit s'empresser d'inciser largement et d'exprimer à fond la poche purulente. Des lavages ultérieurs, matin et soir, avec une solution antiseptique : sublimé à 1/2000, acide phénique à 1 0/0, peuvent suffire à la guérison. Malheureusement cet heureux résultat est exceptionnel. Il persiste une fistule, dont la patiente ne peut être débarrassée que par l'ablation chirurgicale de la glande.

2° Traitement de l'uréthrite chronique.

Il est inutile de tenter la cure de l'uréthrite chronique chez la femme par les remèdes internes. Tous échouent régulièrement et ne peuvent contribuer qu'à détériorer l'estomac. La maladie n'est justiciable en réalité que des moyens externes. Encore ceux-ci, dans la plupart des cas, doivent-ils être variés. Car il ne faut pas oublier que l'affection par elle-même est essentiellement rebelle et tenace.

Pour aboutir à la guérison, le médecin dispose de deux méthodes : l'une astringente et antiseptique ; l'autre, substitutive. A la première, appartiennent les lavages et les suppositoires uréthraux ; à la seconde, les cautérisations.

A. — LAVAGES URÉTHRAUX VÉSICAUX

Je n'ai pas l'intention de donner la liste complète des remèdes qui ont été préconisés.

Je n'en retiendrai que deux, dont l'expérience a démontré l'efficacité : le permanganate de potasse et le sublimé.

Le permanganate de potasse sera prescrit à la dose de 1 0/00. Cette solution peut paraître forte; mais il faut savoir que les solutions que l'on emploie chez la femme doivent être beaucoup plus concentrées que pour l'homme.

Deux lavages par jour suffisent.

A cet effet, on se sert d'une petite seringue en verre, que l'on fait bouillir au préalable et que l'on conserve ensuite dans l'eau boriquée.

Après avoir introduit l'embout de la seringue, à un centimètre environ dans le canal, on pousse le piston assez fortement, pour que le liquide pénètre dans la vessie.

Contrairement à la recommandation adressée à l'homme, on invite la femme à ne pas uriner avant le lavage, pour permettre la dilution de la solution, qui risquerait, si elle était trop concentrée, d'irriter les parois de la vessie.

Les malades sont incapables de procéder elles-mêmes aux lavages. Elles doivent appeler une infirmière ou recourir à une parente, que le médecin mettra au courant de la manœuvre.

Si l'on emploie le sublimé, c'est également une solution forte, sans alcool ni acide, que l'on choisira. La dose sera de

1 gr. 0/00. Ce chiffre semble, de prime abord, exagéré : il est cependant nécessaire, si l'on veut obtenir un résultat efficace. Par prudence, on tâtera la susceptibilité du canal et de la vessie, en ne dépassant pas au début 25 à 50 centigr. 0/00.

Lorsqu'on se sert du sublimé, on se bornera à une irrigation par jour.

Il est fort possible que les lavages soient insuffisants ; c'est alors que l'on essaiera les suppositoires. L'agent de choix est encore le sublimé, à la dose de 2 à 6 milligrammes. Il doit être employé sous forme de crayons de la grosseur d'une plume d'oie environ et d'une longueur de 2 centimètres. Ce moyen a donné d'excellents résultats au regretté MARTINEAU.

C'est au médecin qu'il appartient d'appliquer le remède. La malade sera placée dans le décubitus horizontal, les jambes écartées, comme pour l'introduction du spéculum et le suppositoire poussé doucement dans le canal. Pour éviter qu'il ne sorte, on appliquera un tampon d'ouate et un bandage, analogue à celui qui est installé au moment des règles.

Au contact de la chaleur de l'urèthre, le crayon fond assez rapidement, en trois quarts d'heure environ.

Une application quotidienne est nécessaire. Comme pour les lavages, la patiente prendra la précaution de ne pas uriner avant, pour éviter l'irritation produite par la pénétration du sublimé dans la vessie. Du reste, la prudence exige que l'on commence par de petites doses, pour éviter tout mécompte. Autrement, une cystite et même une incontinence d'urine seraient à craindre.

B. — CAUTÉRISATIONS

Mais voici que ni les lavages, ni les suppositoires n'aboutissent. En telle occurrence, on n'hésitera pas à recourir à la cautérisation de l'urèthre, soit à l'aide d'une solution caustique, soit même avec le crayon de nitrate d'argent.

Les solutions caustiques les meilleures se composent de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc à 1/20.

On les emploie en injections, en procédant de la façon suivante :

Après avoir poussé jusque dans la vessie une sonde en gomme, à bout olivaire percé de trous à sa base, et répondant au n° 18 de la filière Charrière, on retire un peu l'instrument,

de façon à franchir de nouveau le col, dont la résistance a été une première fois vaincue, en pénétrant dans la vessie. L'opérateur et la patiente éprouvent du reste une sensation très nette de ce second passage. On adapte alors à l'extrémité de la sonde, qui doit être évasée, la canule d'une petite seringue en verre, contenant le liquide à injecter. Le piston est poussé et la solution pénètre jusque dans la partie profonde du canal. Le bout olivaire, étant perforé à sa base, le liquide s'écoule le long des parois de l'urèthre et en modifie la surface.

L'agent caustique, substituant à une phlegmasie ancienne et rebelle une irritation éphémère, il faudra attendre que celle-ci soit calmée pour renouveler l'injection, que l'on ne supprimera qu'après avoir constaté, par la pression, le matin au réveil, l'asséchement complet du canal. En général, le délai de trois à quatre jours, entre chaque séance, est suffisant.

Si les injections échouent, l'emploi du crayon de nitrate d'argent est le moyen héroïque.

Après avoir arrondi l'extrémité de ce crayon, en l'usant sur un linge mouillé, on l'introduit dans l'urèthre, où il séjourne quelques instants, en prenant le soin de lui imprimer des mouvements de rotation.

Sitôt après sa sortie, on procède à un grand lavage de l'urèthre avec une solution saturée de chlorure de sodium, afin de neutraliser l'excès du caustique.

Il ne faut pas s'émouvoir des suites de l'opération. Régulièrement, la malade ressent une vive douleur en urinant ; la muqueuse uréthrale se gonfle, au point de former un bourrelet autour du méat et même d'entraîner, bien que rarement, une rétention d'urine. Il s'écoule enfin un liquide jaune, abondant et épais.

En général, tout rentre dans l'ordre dans l'espace de 2 à 3 jours et si, par hasard, il y avait rétention, quelques cathétérismes en viendraient à bout.

Une seule séance peut suffire pour la guérison définitive ; en général, il en faut deux ou trois dans les uréthrites très anciennes et très rebelles.

A titre exceptionnel, le canal peut être rempli de petites végétations. La guérison ne sera obtenue qu'à la condition de les racler d'abord. Mais il s'agit là d'une petite opération chirurgicale, nécessitant au préalable l'anesthésie et la dilata-

tion du canal. Semblable intervention sort du domaine médical ordinaire et l'intervention d'un spécialiste s'impose.

3° Traitement de la vaginite chronique.

Le traitement de la vaginite chronique repose sur l'application de deux moyens : les grands lavages antiseptiques et les pansements du vagin.

La première indication sera remplie en employant les mêmes solutions que pour le traitement de l'uréthrite chronique, c'est-à-dire le permanganate de potasse à 1 0/00, destiné à stériliser le conduit contre le gonocoque, s'il en existe encore, et le sublimé, par prudence au 1/4000e, dans le but de détruire les autres microbes et d'éviter aussi l'intoxication mercurielle.

Matin et soir, la malade pratiquera une irrigation chaude : 38° environ, à l'aide d'un bock en tôle émaillée, placé à 1 m. 25 au-dessus du siège et muni d'un long tube de caoutchouc, terminé par une canule en verre. Celle-ci sera au préalable stérilisée dans l'eau bouillante et dans l'intervalle des lavages, maintenue dans l'eau boriquée.

La quantité de liquide à injecter sera de 1 à 2 litres.

On pourra, le matin, employer le permanganate et le soir, le sublimé. A propos de cette dernière substance, il faut recommander à la patiente d'évacuer complètement le liquide, retenu en arrière de l'anneau vulvaire, en pesant sur la fourchette avec le doigt, pour éviter toute menace d'intoxication hydrargyrique.

Au bout de trois à quatre jours, une irrigation unique suffira et le traitement sera complété par un pansement vaginal.

Ce pansement est réalisé par des tampons de coton hydrophile, imbibés d'une substance médicamenteuse.

Ceux-ci ont le double avantage d'isoler les parois du vagin et de les modifier d'une façon permanente.

Le meilleur excipient des remèdes est sans contredit la glycérine, capable d'exercer par elle-même une action des plus favorables sur les parois du conduit.

Il serait trop long d'énumérer toutes les substances que l'on a proposé d'y incorporer.

Trois d'entre elles nous semblent produire un excellent résultat : l'iodoforme, la résorcine et l'acide borique : chacun de ces agents à 5 0/0.

Voici la façon de procéder :

On commence par une grande irrigation vaginale, avec une solution de sublimé à 1 pour 4.000. Puis on introduit le spéculum ; saisissant alors, avec une longue pince, le tampon, imprégné de la substance médicamenteuse, on le pousse jusqu'au cul-de-sac, de façon à empêcher le contact, avec le vagin, du col de l'utérus, souvent atteint de métrite.

Il ne faut pas oublier de serrer le tampon par le milieu avec un long fil, qui pendra, après l'introduction, en dehors de la vulve, pour permettre de le retirer facilement.

Le pansement sera renouvelé au bout de 24 heures et précédé chaque fois d'une large irrigation d'eau bouillie ou, qui mieux est, d'une solution de sublimé.

S'il existe à la surface de la muqueuse vaginale des érosions ou des granulations importantes, on les cautérisera à l'aide d'une solution de nitrate d'argent à 1/50e ou même du crayon tous les trois jours environ. Les attouchements au nitrate seront précédés et suivis d'un grand lavage d'eau bouillie.

Pour l'emploi de la solution, il suffira d'en imprégner une mèche de coton hydrophile, que l'on enroulera autour d'une tige métallique ou d'une baguette en verre.

Dans le traitement de la vaginite chronique, on est obligé de compter avec les malades, qui ne peuvent venir chaque jour chez le médecin se soumettre à l'introduction du spéculum et à l'application du tampon médicamenteux.

Bien que cette cure soit la meilleure, on proposera aux patientes de recourir aux moyens suivants, qui ont démontré aussi leur efficacité :

Matin et soir, aura lieu une grande irrigation vaginale au sublimé à 1/4000e, en prenant la précaution de vider complètement chaque fois le conduit par l'application d'un doigt sur la fourchette.

Après le lavage du soir, la femme introduira, elle-même, dans le vagin, le plus loin possible, un de ces ovules médicamenteux, que l'on trouve aujourd'hui dans le commerce.

Ces ovules, de forme ovalaire, ne sont autre chose que des suppositoires, composés de beurre de cacao et de gélatine, auxquels on incorpore les remèdes les plus divers. L'iodoforme, la résorcine et l'acide borique trouvent donc encore ici facilement leur emploi.

La malade prendra le soin de se garnir. Autrement, l'ovule fondant assez rapidement ne manquerait pas de souiller le lit. Ces applications seront continuées jusqu'à dessiccation complète du conduit vaginal.

4° Traitement de l'endométrite.

Le traitement de l'endométrite diffère, suivant que la blennorrhagie est limitée au col ou étendue à la totalité de l'utérus.

Lorsqu'elle est circonscrite au col, le moyen le plus simple, et en même temps le plus pratique, est de recourir aux attouchements avec la teinture d'iode.

Voici comment il faut procéder :

On commencera par un lavage vaginal, avec une solution de permanganate à 1/2000e.

Puis, après avoir enroulé autour d'une tige métallique une couche de coton hydrophile, on écouvillonnera énergiquement l'intérieur du col, de façon à enlever la mèche muco-purulente, qui adhère fortement à la muqueuse.

Cette opération terminée, on prend une autre tige, également entourée de coton hydrophile, imprégné cette fois de teinture d'iode et l'on touche la muqueuse cervicale.

Il ne restera plus ensuite qu'à appliquer un tampon vaginal, préalablement trempé dans la glycérine iodoformée.

Les irrigations et les tampons seront renouvelés chaque jour, soit par le médecin, soit par la malade, qui introduira, elle-même, en se couchant, un ovule médicamenteux.

On devra se préoccuper aussi de la liberté du ventre.

Quant aux cautérisations avec la teinture d'iode, on n'y aura recours que deux fois par semaine.

La patiente sera soumise enfin à un bon régime et évitera par dessus tout les fatigues. Si elle est anémiée, on s'adressera aux préparations ferrugineuses. Bref, le médecin se préoccupera de l'état général, dont le relèvement est un adjuvant précieux.

Cet ensemble de moyens suffit en général pour obtenir la guérison.

Il y a néanmoins des cas très rebelles, surtout s'ils sont anciens. Ceux-ci deviennent alors justiciables de l'excision de la muqueuse cervicale infectée et réclament l'intervention d'un chirurgien.

Lorsque la phlegmasie blennorrhagique a envahi la totalité de l'utérus, le traitement devient beaucoup plus délicat et doit être confié à un gynécologue de carrière.

Il nécessite en effet, à l'aide de laminaires, une dilatation progressive et large de la cavité utérine.

Cela fait, il faut tarir la sécrétion muqueuse par des attouchements, répétés tous les trois jours environ, avec la glycérine créosotée au quart, en se servant de la tige et du coton, que l'on emploie pour la cautérisation du col et pénétrant jusqu'au fond de l'organe ; procéder enfin à un tamponnement intra-utérin avec la gaze iodoformée.

Celle-ci sera changée tous les jours et avant d'appliquer un autre pansement, le médecin fera une abondante irrigation vaginale à l'eau bouillie.

Pendant le traitement, la malade gardera le repos. Il faut redouter, en effet, la propagation des phénomènes morbides aux annexes et surtout au péritoine.

Si la médication, conduite avec habileté et prudence, n'aboutit pas, il reste, comme ressource dernière, le curetage de la muqueuse et c'est encore au chirurgien qu'il appartient d'intervenir.

CHAPITRE VI

BLENNORRHAGIE DES ENFANTS

Ce chapitre doit être divisé en deux parties.

La première comprendra l'étude de la blennorrhagie chez les garçons ; la seconde, chez les petites filles

I. — Blennorrhagie des petits garçons.

Époque d'apparition.

L'infection uréthrale, par le gonocoque, peut apparaître dès l'âge le plus tendre. On en a cité des cas à 5 mois, 10 mois, 1 an, 2 ans. Mais le maximum de fréquence a été observé vers 3 à 4 ans, probablement parce qu'à cette époque de la vie, les organes génitaux sont déjà plus développés et davantage exposés aux risques de contagion.

Étiologie.

L'origine habituelle de la blennorrhagie dans le sexe masculin provient d'attentats, commis par des femmes contaminées. Le plus souvent, il s'agit de servantes, chargées de garder les enfants, parfois même d'une personne de la famille, telle cette tante, qui, d'après Lop, s'amusait à frotter contre ses parties génitales la verge de son neveu. La contagion peut aussi être médiate, c'est-à-dire causée par des draps souillés, quand par exemple un enfant couche dans le même lit qu'une personne atteinte.

Le mode de transmission dû aux rapports sexuels, dans la seconde enfance, entre garçons et fillettes, est beaucoup plus rare, au moins dans nos pays. C'est surtout parmi les nègres de l'Amérique du Sud et en Tunisie, qu'on a l'occasion de le rencontrer.

Symptômes. Quoiqu'il en soit, les symptômes, que l'on constate, ne diffèrent que par des nuances, de ceux qui appartiennent à l'âge adulte : mêmes douleurs à la miction et aux érections, quand celles-ci se produisent ; même abondance de l'écoulement, mêmes taches jaunes verdâtres, maculant le linge. Ce qui distingue la blennorrhagie gonococcique des petits garçons, c'est d'abord une incubation fort longue, par suite dans l'enfance de l'allongement du prépuce, qui s'oppose à la pénétration du gonocoque, puis un œdème habituellement considérable du limbe, pouvant produire un phimosis, capable de dérober à la vue l'orifice du canal, d'autre part la turgescence du gland, une irritation balano-préputiale et une adénopathie biinguinale plus marquée. Signalons en outre la possibilité de fausses rétentions par crainte de mictions trop douloureuses et parfois, au contraire, de l'incontinence d'urine.

Marche et terminaison. L'évolution ressemble à celle que l'on observe à l'âge adulte. Les douleurs à la miction s'apaisent progressivement. Le flux, d'abord abondant, tend à diminuer et change de couleur. Au bout d'un temps variable, mais long habituellement, le canal s'asséche et la guérison est réalisée. Mais celle-ci n'arrive guère avant cinq semaines au moins.

On a même noté des cas, dans lesquels la maladie s'est montrée rebelle et a duré plusieurs mois.

On a vu enfin quelques-unes de ces blennorrhagies passer à l'état chronique et se transformer en véritable goutte militaire.

Dans le cours de leur existence, elles sont sujettes aux mêmes complications que chez l'homme, telles que : l'épididymite, l'uréthro-cystite, l'ophtalmie, des arthrites, capables d'aboutir à la suppuration, enfin le rétrécissement de l'urèthre.

Dans un chapitre ultérieur, nous décrirons toutes ces complications.

Diagnostic. Le diagnostic de l'écoulement est en général facile. Il suffit de constater l'issue du pus par le méat.

Une première difficulté cependant se présente. Elle tient à la longueur du prépuce, que l'on ne parvient pas à tirer suffisamment en arrière, pour voir si le flux provient de l'urèthre ou si le pus est sécrété par la muqueuse glando-préputiale, en d'autres termes, s'il résulte d'une balano-posthite. En telle condition, un symptôme subjectif sert de guide. Le petit malade, souffre-t-il en urinant, c'est qu'il s'agit d'une blennorrhagie uréthrale, la sécrétion, qui s'opère en dehors du canal, ne pouvant occasionner aucune gêne dans la miction. D'ailleurs, dans le doute, on parviendrait à tarir au moins provisoirement cette sécrétion par des injections d'eau bouillie, entre le prépuce et le gland.

La détermination de la nature de l'écoulement, tel est le point le plus important du diagnostic.

Sans doute, quand on a à sa disposition l'outillage nécessaire, le problème est facile à résoudre. L'examen microscopique permet d'affirmer ou non la présence du gonocoque. Mais lorsque ce mode d'investigation manque, il ne faut pas oublier que, chez les enfants, les écoulements uréthraux peuvent reconnaître des conditions bien différentes de celle qui engendre la blennorrhagie vraie.

Tantôt, ils sont attribuables à des causes externes ; tantôt ils se relient à des états morbides, dont la nature est très variée.

Quand ils ont une origine externe, on les a notés à la suite de la masturbation, d'un traumatisme du canal, provoqué par l'introduction d'un corps étranger, après même l'ingestion excessive d'asperges chez les sujets prédisposés.

Relèvent-ils au contraire d'un état morbide, ils dépendent de maladies infectieuses, soit aiguës : oreillons, parotidite, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, que l'on tend à considérer aujourd'hui comme une affection microbienne ; soit chronique, la tuberculose. La diathèse goutteuse, enfin, par la quantité d'urates qu'elle charrie, est capable de provoquer un écoulement uréthral.

Eh bien ! En dehors du microscope, de quels points de repère pourra disposer le médecin pour se guider dans ce dédale.

La recherche des commémoratifs, l'examen minutieux du sujet, les troubles de la miction, l'abondance et l'aspect

de l'écoulement, la durée enfin de la maladie serviront à la solution du problème.

Si l'enfant est bien portant, c'est à une influence extérieure que l'on pensera d'abord. La masturbation est si fréquente à cet âge de la vie, que l'on sera tenté d'abord de l'incriminer.

Il est possible aussi que le sujet, poussé par une idée bizarre ou un instinct précoce de lubricité, ait enfoncé dans le canal un corps étranger. Le médecin doit avoir présente à l'esprit cette hypothèse et si l'interrogatoire est négatif, il n'en doit pas moins explorer l'urèthre avec soin, en écartant les lèvres du méat et en palpant dans sa longueur le conduit urinaire.

Une uréthrite, à la suite d'une ingestion exagérée d'asperges, est prodigieusement rare. Cette origine ne pourra être invoquée qu'à l'exclusion de toute autre cause.

Si l'écoulement uréthral accompagne ou suit immédiatement une des maladies infectieuses, que nous avons précédemment indiquées, l'étiologie sera facile à découvrir.

Quant aux uréthrites goutteuses, peuvent-elles réellement se rencontrer chez les enfants. Deux auteurs étrangers, Bokai et Isaac, le prétendent. Mais, pour confirmer leur dire, de nouvelles observations sont nécessaires. Quoiqu'il en soit, cette manifestation de la diathèse, si tant est qu'elle existe, est tellement exceptionnelle, qu'en pratique le diagnostic ne se pose pas

En revanche, les douleurs à la miction propagées à toute l'étendue du canal, l'abondance de l'écoulement, sa coloration franchement jaunâtre ont une réelle valeur au point de vue de l'origine gonococcique.

Il est bien rare en effet que des écoulements non vénériens provoquent une réaction aussi vive.

Bref la clinique, quand les caractères en sont analysés avec soin, suffit au diagnostic, au moins dans la plupart des cas et permet de se passer de l'aide du microscope.

Traitement. Le traitement est celui que l'on applique à l'adulte. Il n'y a qu'une différence dans la dose des médicaments. Au début, on se préoccupera d'abord de calmer les phénomènes

inflammatoires, en prescrivant de la tisane de graines de lin, des bains de verge d'eau bouillie tiède, matin et soir, et des bains généraux prolongés, tous les deux jours.

Puis, quand les douleurs à la miction auront cédé et que l'écoulement, tout en devenant plus fluide, tendra à diminuer, on aura recours à la médication interne. C'est aux sirops, aux opiats et aux capsules que le médecin devra s'adresser.

S'il s'agit d'un enfant au-dessous de 2 ans le sirop de térébenthine sera indiqué : 1 /2 cuillerée à café, matin et soir, dans du lait.

Je rappelle toutefois que les cas les plus fréquents de blennorrhagies ont été observés chez des enfants de 3 à 4 ans. A ceux-ci le sirop de térébenthine pourra encore être ordonné, mais à dose moitié plus forte : une cuillerée à café, matin et soir, au début d'un repas.

Chez des sujets de cet âge conviendra également un opiat composé de copahu et de poudre cubèbe, d'après cette formule :

Copahu solidifié	0 50 centigr.
Poudre cubèbe....................	0 20 —

pour une pilule.

En avaler trois par jour : une, au commencement des trois repas : enrobée dans de la confiture.

Les capsules d'Arhéol enfin trouveront ici leur emploi avec avantage, ces capsules sont dosées à 20 centigrammes chacune.

S'il s'agit d'enfants de 3 à 4 ans, on n'en donnera que deux par jour maximum, en commençant par une seule et en ne passant à la seconde, que s'il ne se produit ni troubles du côté des voies digestives, ni poussées tégumentaires érythémateuses.

Entre 4 et 14 ans, la dose sera portée à 4 capsules par jour, en débutant par deux.

Ces divers traitements seront continués, non pas seulement jusqu'à disparition de la goutte matinale, mais encore pour affirmer la guérison, une dizaine de jours après, en diminuant peu à peu les remèdes .

Bien entendu pendant la durée de la cure et même une

semaine au delà, l'enfant ne boira que du lait ou de l'eau. Bref, le régime des boissons sera le même que chez l'adulte.

Il peut arriver que l'on rencontre des sujets rebelles à l'action curative définitive de la médication interne. Si ces malades ont un âge qui permette l'emploi des grands lavages permanganatiques, il faut les administrer sans retard.

La dose au début sera minime : 5 à 10 centigrammes 0/00 et elle ne sera augmentée qu'avec prudence.

Il faudra laisser uriner le patient pendant l'opération, dès qu'il en éprouvera le besoin, la vessie dans l'enfance étant beaucoup plus irritable qu'à l'âge adulte.

Dans le cas où la blennorrhagie se compliquerait de balano-posthite, il suffirait de faire plusieurs fois par jour entre le prépuce et le gland, des injections d'eau bouillie tiède et trois fois par semaine, après avoir détergé la muqueuse par un lavage, de recourir à une injection de nitrate d'argent à 1 0/0 dans le but de tarir plus rapidement la sécrétion purulente.

Tels sont les traitements qui me paraissent convenir le mieux à la blennorrhagie des garçons et réaliser le plus promptement possible la guérison.

II. — Blennorrhagie des petites filles.

La blennorrhagie des petites filles offre un intérêt non moins grand que celle des jeunes garçons, en ce sens qu'elle est plus répandue et doit être en conséquence parfaitement connue du praticien.

Étiologie. Cette fréquence relative s'explique par les causes nombreuses, capables de provoquer la vulvo-vaginite.

Il faut tenir compte d'abord d'une prédisposition particulière, tenant à la conformation des organes dans le sexe féminin.

La muqueuse vaginale est à la fois étendue et anfractueuse. En outre, la région est chaude, humide et difficilement entretenue dans un état de propreté suffisante, surtout dans la classe pauvre, où les conditions d'hygiène laissent tant à dé-

sirer. Aussi les germes morbides et en particulier le gonocoque trouvent-ils un excellent terrain de culture dans ces conditions spéciales qui réalisent un véritable milieu de laboratoire.

Contrairement à ce que l'on constate chez les garçons, la vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles est rarement le fait d'un viol ou d'un attentat à la pudeur. Dans la plupart des cas, elle résulte de contagions médiates, qui peuvent se produire dès la naissance.

Ainsi lorsque la mère est contaminée, le nouveau-né risque d'être atteint au passage, par le gonocoque, qui attaquera aussi bien sa vulve, que son nez et ses yeux.

Plus tard, dans la première enfance, la contagion médiate joue encore le rôle principal. Tantôt, c'est le lit de parents malades, qui ont couché leur enfant près d'eux. Tantôt, la transmission s'effectue par des objets de toilette, servant en commun, tels que serviettes et éponges humides.

MM. Weil et Barjon de Lyon ont cité une épidémie, due au transport d'un thermomètre d'un sujet à l'autre, sans que des précautions antiseptiques suffisantes aient été prises.

Autre épidémie à Posen chez des petites filles qui se rendaient dans un établissement de bains.

Sans doute, par ces quelques exemples, la liste des conditions intermédiaires de contage est loin d'être close, mais ils suffisent à montrer la multiplicité des causes, susceptibles de réaliser le complexus morbide.

Quoiqu'il en soit, la vulvo-vaginite d'origine blennorrhagique est de beaucoup la plus fréquente des phlegmasies génitales. Sur 21 cas examinés par un auteur allemand, Cahen Brach, le gonocoque a été découvert 20 fois.

La période d'incubation a pu être déterminée dans un certain nombre de cas. D'après les faits observés, on l'évalue à 3 ou 4 jours environ.

Symptômes.

La symptomatologie de la vulvo-vaginite des petites filles a de nombreux points de contact avec celle de la femme adulte. Tantôt elle reste latente, tantôt, au contraire, elle est accompagnée de phénomènes bruyants et suivie de complications plus ou moins graves, que nous décrirons

dans le chapitre suivant. Il importe donc de la bien connaître et d'y remédier le plus promptement possible.

L'écoulement est le premier signe qui attire l'attention. Il consiste en mucosités blanches ou jaune verte, abondantes et épaisses souillant non seulement les parties génitales mais la région ano-périnéale. Plus tard, la sécrétion diminue et tend à devenir séreuse.

Dans la phase aiguë, le pus ne tarde pas à se dessécher et à couvrir la vulve de croûtes brunâtres ou verdâtres, très adhérentes, qui accolent assez souvent les grandes lèvres. Si l'on examine le linge du corps et les draps, on découvre des taches de diverses couleurs, plus ou moins confluentes.

Parfois le sang se mélange au pus, en telle proportion, que l'on peut croire à une véritable hémorrhagie. Ces pertes de sang ont, de longue date, été signalées par Hénoch et plus récemment M. Comby a noté leur fréquence dans les vulvo-vaginites blennorrhagiques.

Lorsqu'on a détergé la muqueuse, à l'aide d'un lavage d'eau bouillie, voici ce que l'on constate dans les cas aigus : les grandes lèvres sont tuméfiées et souvent même ulcérées; la muqueuse des petites lèvres, du vestibule et de l'hymen est également congestionnée. A l'orifice uréthral, on aperçoit un bourrelet saillant et parfois des tumeurs fongueuses, très vasculaires, point de départ des hémorrhagies que nous venons de signaler.

Il est possible enfin, que les glandes de Bartholin participent à l'inflammation et aboutissent, au bout d'un temps variable, à la suppuration. Pendant longtemps, on a cru que le vagin était épargné. Il n'en est rien et lorsqu'on peut l'examiner, on reconnaît qu'il est rouge, tuméfié et quelquefois ulcéré. Enfin on a cité quelques cas qui démontraient l'envahissement du col utérin.

On voit donc que la sécrétion purulente ne provient pas seulement d'une région circonscrite, mais à la fois de la vulve, de l'urèthre et du vagin.

Il n'est pas surprenant qu'avec de telles lésions, les petites malades accusent des douleurs plus ou moins vives.

Dans les formes subaiguës et *a fortiori* dans les formes la tentes, tous ces phénomènes s'atténuent notablement.

Le pus n'est sécrété qu'en faible quantité et la muqueuse

vulvaire ne présente qu'une rougeur diffuse parsemée de taches de coloration plus accentuée.

Marche et durée.

Quoiqu'il en soit, la marche de la maladie est entièrement chronique et l'enfant ne peut être débarrassée qu'à l'aide de soins éclairés et persévérants.

Il faut savoir enfin que la vulvo-vaginite des petites filles est très sujette à récidives et nécessite une surveillance prolongée.

Dans les cas les plus heureux, la durée est toujours longue. Elle a été évaluée en moyenne à 66 jours par le Dr Bouvy, qui a consacré sa thèse inaugurale, en 1899, à l'étude de cette affection.

D'après le même auteur, elle serait moitié moindre dans les cas de vulvo-vaginites non blennorrhagiques.

Diagnostic.

Reconnaître l'existence de la phlegmasie vulvo-vaginale est chose aisée. Il suffit de constater l'existence de l'écoulement et l'état des parties génitales de l'enfant.

Mais les points litigieux consistent à déterminer : 1° la nature du flux morbide ; 2° à en découvrir la source.

En l'absence du microscope, le premier problème n'est pas facile à résoudre. Comment savoir s'il s'agit d'une vulvo-vaginite simple, causée par la malpropreté, la masturbation, des oxyures vermiculaires ou d'une de ces vulvo-vaginites catarrhales, également contagieuses et dues à des espèces microbiennes, bien différentes du gonocoque. Les signes objectifs se ressemblent, peut-être les phénomènes réactionnels sont-ils moins marqués. Mais il n'est question que de nuances insuffisantes pour se former une opinion. Il existe toutefois un symptôme de réelle valeur, au point de vue du diagnostic. C'est la coexistence d'une uréthrite, qui n'apparaît guère que dans la vulvo-vaginite blennorrhagique. Il est vrai, qu'en pratique, la distinction entre ces diverses modalités cliniques n'est pas indispensable, puisque toutes sont justiciables des mêmes agents thérapeutiques.

La solution du second problème nécessite une grande attention. Car, au point de vue médico-légal, une erreur

d'interprétation est capable d'entraîner de terribles conséquences. En 1824, Astley Cooper ne craignait pas d'affirmer que nombre de gens étaient chaque année pendus en Angleterre pour de prétendus viols, dont ils étaient innocents. Il faut arriver jusqu'en 1873, pour entendre Tardieu déclarer que : « des attouchements, des pressions exercées sur les parties sexuelles d'une petite fille par l'homme le plus parfaitement sain, peuvent produire une inflammation tout aussi aiguë et tout aussi violente, un écoulement tout aussi abondant et tout aussi épais, que l'approche d'un individu atteint d'un écoulement blennorrhagique ou de tout autre maladie contagieuse. »

Aussi M. le Dr Comby a-t-il parfaitement raison de recommander la plus extrême prudence dans l'appréciation des responsabilités.

Lorsqu'un individu est accusé d'avoir transmis une blennorrhagie à une fillette, sans doute doit-il être examiné avec soin et, en supposant que l'on découvre chez lui le gonocoque, on n'est pas autorisé à conclure, sans réserve, qu'il est l'agent contaminateur, surtout si l'on ne constate chez l'enfant aucune trace de violence.

L'examen des parents s'impose également. Il faut savoir si le père ou la mère n'ont pas conservé quelques reliquats d'une gonococcie mal éteinte, si leurs draps ne sont pas maculés et s'ils n'ont pas l'habitude de coucher avec eux leur progéniture.

Les hémorrhagies même, qui se produisent au niveau de la vulve, n'impliquent pas nécessairement l'idée d'un viol.

Nous avons dit qu'il pouvait exister autour de l'urèthre enflammé de petites tumeurs très vasculaires, susceptibles de produire des hémorrhagies profuses. Et cependant, si l'on examine ces fillettes, on trouve un hymen parfaitement intact et nulle trace d'essai de défloration.

Aussi le médecin, commis par la justice, ne saurait apporter trop de réserve dans ses conclusions et ne pas s'en rapporter aux aveux, trop souvent sujets à caution, des prétendues victimes. Il doit, en outre, avoir présente à l'esprit l'assertion de Naegerrath, qui, frappé par la fréquence progressive des métrites et salpingites, datant de l'enfance, prétend que la chaudepisse chez la femme mariée n'est pas toujours la cause

des malheurs conjugaux, mais doit être parfois rapportée aux parents, jadis contaminés.

Traitement.

Le traitement de la blennorrhagie des petites filles est justiciable, dans la généralité des cas, de moyens externes et de remèdes internes. Mais chacune des médications est subordonnée à la localisation morbide.

S'agit-il de lésions vulvaires? Des lotions, répétées plusieurs fois par jour, avec le permanganate de potasse à 1/2000e ou le sublimé à 1/5000e seront indiquées.

Après avoir asséché avec soin la surface lotionnée, on la couvrira de poudre de tanin ou de talc.

On isolera ensuite les grandes et petites lèvres avec des petits cylindres d'ouate hydrophile, que l'on maintiendra solidement à l'aide d'un bandage en T.

S'il existe des exulcérations au niveau de la vulve, on les touchera deux fois par semaine avec une solution de nitrate d'argent à 1/50e.

Il est rare que les glandes de Bartholin participent au processus morbide. Au cas où cette éventualité se produirait, il faudrait couvrir la région de compresses humides, fréquemment renouvelées et, par ce simple pansement, on aurait chance d'obtenir la résolution. Dans l'hypothèse, d'ailleurs improbable, de suppuration, l'instrument tranchant s'imposera. La poche sera ensuite vidée avec soin, sa surface interne détergée matin et soir avec une solution de sublimé à 1/5000, et enfin l'intérieur, bourré jusqu'à cicatrisation, à l'aide de gaze stérilisée.

Je suppose maintenant que le vagin soit envahi. On procédera à des irrigations, en introduisant jusqu'au fond du conduit une sonde de caoutchouc rouge, N° 9. On se servira d'une solution de permanganate ou de sublimé à 25 centigr. 0/00. L'irrigation sera quotidienne. La prudence commande de débuter par des solutions faibles, afin de tâter le terrain et de prévenir des réactions trop vives.

Quand le gonocoque s'est emparé de l'urèthre et a provoqué un écoulement, c'est aux balsamiques ou à l'arhéol que l'on s'adressera.

Les doses varieront avec l'âge et elles ne différeront pas

du reste de celles que nous avons indiquées antérieurement, à propos de la gonococcie uréthrale des petits garçons. Il est intéressant de savoir que ces drogues semblent plus efficaces chez la fillette que chez la femme adulte. Inutile d'ajouter que le régime diététique devra être observé dans toute sa rigueur. En cas de proliférations fongueuses et vasculaires autour du méat, celles-ci seront cautérisées avec une solution de nitrate d'argent à 1/50e.

Prophylaxie. Mais s'il est nécessaire de guérir ; il importe encore davantage de prévenir.

Le médecin s'opposera donc à tout contact des fillettes avec des parents atteints de blennorrhagie et proscrira en conséquence le lit en commun. Il n'oubliera pas d'insister sur les dangers, que présentent les objets de toilette, tels qu'éponges, serviettes, eau des cuvettes, à l'usage des personnes contaminées.

Lorsque la vulo-vaginite existe, il est indispensable d'empêcher tout contact du pus avec les yeux. On y réussira par un pansement vulvaire, aussi hermétique que possible.

Si la maladie sévit sous forme épidémique, il faut multi plier les précautions antiseptiques. Les mains des fillettes et des personnes qui les soignent, les vases et les objets de toilette seront désinfectés avec soin et surtout on séparera les enfants malades des enfants sains.

Bref, le risque de la contamination sera le principal souci du médecin et tout doit être mis en œuvre pour en écarter le péril.

DEUXIÈME PARTIE

COMPLICATIONS DE LA BLENNORRHAGIE

Ce chapitre est d'une importance capitale. La multiplicité des complications qui se rattachent à la blennorrhagie nous montre en effet l'extension qu'elle peut prendre, et la gravité dont elle est capable.

Dans l'exposé de ces complications, nous suivrons pas à pas le gonocoque depuis sa pénétration dans les voies génitales jusqu'à sa diffusion dans l'organisme. Cette façon de procéder nous permettra d'examiner successivement les méfaits dont il est responsable :

1° Chez l'homme ;

2° Chez la femme ;

3° Dans les deux sexes, indifféremment.

Chez les enfants, garçons ou filles, les conséquences étant sensiblement les mêmes, nous les indiquerons très brièvement.

Nous signalerons enfin les perturbations que peut engendrer, à longue échéance, chez quelques sujets, l'imprégnation gonococcique.

CHAPITRE VII

COMPLICATIONS CHEZ L'HOMME

I. — Œdème préputial.

Symptômes

L'œdème du prépuce est une des premières complications qui attire l'attention du médecin, lorsque la phlegmasie uréthrale est intense et que le sujet a le gland habituellement recouvert. Cet œdème est indolore et diffère par sa coloration blanche de la teinte rouge de l'empâtement inflammatoire, qui accompagne les chancrelles et de l'infiltration plastique du chancre syphilitique.

Lorsque cette complication se produit, elle est suivie, presque toujours, d'un phimosis transitoire, n'offrant d'ailleurs aucune gravité.

Traitement

Le traitement de l'œdème préputial est très simple. Il faut conseiller au malade de plonger la verge, plusieurs fois par jour, dans un verre rempli d'eau froide et de procéder à quelques injections sous-préputiales avec une petite seringue chargée d'eau boriquée, également froide. Enfin le pénis sera tenu relevé, autant que possible, pour favoriser la résorption de la sérosité.

Accident a craindre

Un autre accident à craindre, lorsque le gland peut être décalotté, c'est le paraphimosis. Aussi, importe-t-il de recommander au malade, quand il tire le prépuce dans le but de déterger la muqueuse, de recouvrir immédiatement l'organe. Autrement, on risquerait de produire, en arrière de la rainure, un bourrelet œdémateux, dont la réduction offre parfois de sérieuses difficultés.

II. — Balanite et balano-posthite.

Si la blennorrhagie uréthrale provoque l'œdème de l'enveloppe, assez souvent elle est capable, bien que plus rarement, d'infecter le gland par le contact du pus qui s'écoule du méat. On assiste alors au développement d'une balanite ou d'une balano-posthite.

Cette complication s'observe presque exclusivement chez les sujets dont le prépuce recouvre complètement le gland et même le dépasse. Elle est tout à fait exceptionnelle en cas de circoncision.

SYMPTÔMES

Au début, le malade ressent des picotements ; bientôt après surviennent, à l'extrémité de la verge, des élancements, suivis d'un écoulement blanc jaunâtre, qui devient de plus en plus abondant, parfois sanguinolent. Si l'on découvre la surface glandaire, on constate que la muqueuse est gonflée et d'un rouge vineux. En même temps, le prépuce se boursoufle et s'il est possible de le retirer en arrière, pour faciliter le pansement des parties enflammées, il faut se hâter de le ramener dans sa position première, afin d'éviter le paraphimosis. Enfin, sous l'effort de la poussée inflammatoire, on a vu, dans des cas, heureusement rarissimes, la gangrène envahir l'enveloppe. C'est à la face dorsale que le sphacèle se montre ordinairement. Il peut en résulter une brèche qui laisse d'abord échapper les produits sanieux accumulés sous le prépuce, ensuite une portion plus ou moins notable du gland.

TRAITEMENT

Le traitement varie, suivant que la muqueuse glandaire peut être découverte ou qu'il existe un phimosis.

Dans le premier cas, il suffit de laver, plusieurs fois par jour, les parties malades avec une solution de sublimé à 1/2000e, puis, avant de recalotter, de les isoler, avec une petite plaque de coton hydrophile interposée entre le prépuce et le gland.

S'il existait quelques points ulcérés, on les toucherait, au préalable, matin et soir, avec une solution de nitrate d'argent à 1/50e.

Lorsque la balano-posthite se complique de phimosis, c'est aux injections détersives et modificatrices qu'il faut avoir recours.

A diverses reprises, dans la journée, on injecte, sous le prépuce, le contenu d'une petite seringue chargée d'eau bouillie, de façon à déterger la muqueuse de la matière sanieuse qui la recouvre ; puis, quand le liquide revient clair, on pratique, matin et soir, une injection de nitrate d'argent à 1/50e.

Il faut avoir le soin de pousser l'embout de la seringue jusqu'à la rainure balano-préputiale. On risquerait autrement de ne pas laver toutes les parties malades et encore moins de les modifier.

Bien entendu, l'instrument aura d'abord été stérilisé en le faisant bouillir, et dans l'intervalle il sera plongé dans l'eau boriquée.

On continuera ainsi les injections, jusqu'à ce que la sécrétion purulente soit complètement tarie.

Si, à un moment donné, le sujet peut décalotter et si la guérison n'est pas complète, le traitement sera celui du premier cas.

Dans l'hypothèse bien exceptionnelle d'une escarre, on entretiendra la propreté des parties avec des lavages d'eau oxygénée à 1/3, puis après la chute de l'îlot mortifié, il appartiendra au chirurgien de procéder à une circoncision.

III. — Blennorrhagies diverticulaires.

SYMPTÔMES

Chez quelques sujets, on découvre sur les lèvres du méat, de petits orifices, menant dans des canaux très fins, terminés en cul-de-sac et constituant des conduits anormaux.

Des trajets semblables, mais beaucoup plus allongés, peuvent se rencontrer au niveau de la face inférieure de la verge, parallèlement à l'urèthre.

Enfin chez les hypospades, dont l'ouverture du canal se trouve au-dessous du gland, il existe habituellement, à l'extrémité de celui-ci, un orifice, qui répond à l'état normal, mais se termine très promptement en cul-de-sac.

Sans doute, il s'agit dans ces divers cas d'anomalies, de défauts de conformation, en réalité, peu communs. Mais, à l'occasion d'une blennorrhagie uréthrale, il leur arrive fréquemment d'être envahis par le gonocoque, qui les enflamme

et y provoque la suppuration, de telle sorte que leur présence doit être considérée comme une complication, en ce sens qu'elle rend l'affection uréthrale toujours rebelle, par suite des réinfections successives, dont ces petits foyers peuvent être le siège. Il importe donc de les stériliser le plus promptement possible.

Traitement

Le cul-de-sac de l'extrémité du gland, chez les hypospades, sera rapidement guéri par une injection, matin et soir, d'une solution chaude de permanganate à 1 0/00.

Le traitement des canalicules, s'ouvrant au méat et à la face inférieure de la verge, est plus compliqué.

On a proposé d'y introduire, à l'aide de la fine aiguille d'une seringue de Pravaz, quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1/50e et même à 1/20e.

Ce procédé est insuffisant, parce que le liquide est loin de pénétrer toujours jusqu'au fond des conduits.

Mieux vaut avoir recours à la méthode de Diday. Je l'ai déjà indiquée au chapitre de la blennorrhagie aiguë chez l'homme ; je la rappelle en deux mots.

On introduit un fil de platine, suffisamment fin, jusqu'au fond du conduit infecté ; puis, à l'aide d'une lampe à alcool, on en chauffe l'extrémité libre jusqu'à ce que l'on entende le grésillement caractéristique de la destruction de la paroi. Mais, pour que cette opération soit pratique, il faut avoir le soin de passer le fil au travers d'une carte de visite, que l'on applique sur la muqueuse glandaire. Cette précaution prévient le rayonnement calorique, que le malade ne pourrait pas supporter.

IV. — Lymphangites de la verge.

L'inflammation des lymphatiques de la verge est une complication assez fréquente. Elle se présente sous deux formes : la forme tronculaire et la forme diffuse.

Forme tronculaire.

Symptômes

La forme tronculaire revêt elle-même deux types cliniques, très nettement distincts.

Tantôt, on voit des traînées rouges, sillonnant les tégu-

ments de la verge et parallèles aux troncs lymphatiques. En palpant ces lignes rougeâtres, on sent sous la peau des cordons durs et douloureux, souvent moniliformes que l'on peut aisément isoler des parties sous-jacentes, ce qui les distingue de la phlébite de la verge, complication d'ailleurs rarissime, dont Ricord a cité quelques observations. L'atteinte de la veine produisant un empâtement marqué des tissus voisins, on ne parvient pas à la soulever avec le doigt. En outre, contrairement à la phlegmasie des vaisseaux lymphatiques, elle ne provoque jamais d'adénite.

Dans la lymphangite tronculaire, il existe également une infiltration séreuse. Mais celle-ci se borne au prépuce et atteint rarement une portion du fourreau.

Tantôt, au contraire, le processus inflammatoire se produit à froid. Aucun trouble subjectif ne l'annonce, aucun signe extérieur ne le révèle. Ce n'est que le palper, qui permet de reconnaître l'engorgement des vaisseaux lymphatiques, sous forme de cordons durs et indolents. Le plus volumineux de ces cordons chemine le long du dos de la verge ; on en rencontre de plus petits sur les parties latérales du fourreau ou sur le prépuce.

Terminaison

Qu'il s'agisse de l'une ou l'autre forme, la lymphangite blennorrhagique tronculaire n'offre aucune gravité. Elle se termine presque toujours par résolution.

Il peut arriver cependant qu'elle aboutisse à la suppuration. On voit alors apparaître, sur le trajet des lymphatiques, des noyaux qui prennent l'aspect phlegmoneux et deviennent l'origine de petits abcès.

Traitement

La résolution étant la règle, le traitement de cette forme de lymphangite est des plus simples. Il faut prescrire aux malades le repos, des bains tièdes généraux et locaux, des compresses imbibées d'un liquide émollient, d'eau de guimauve, par exemple, et appliquées autour de la verge, que l'on tiendra relevée, autant que possible.

Si par hasard des foyers purulents se développaient, il importerait de les ouvrir le plus tôt possible, pour éviter les infiltrations et les décollements sous la peau du pénis.

La forme diffuse simule l'érysipèle. Forme diffuse. SYMPTÔMES

La peau de la verge se couvre de nappes rosées ou même rouges. La sensibilité des téguments est très vive et la tuméfaction plus ou moins considérable. Le plus souvent, celle-ci se limite au prépuce, qui s'œdématie au point de donner au membre viril la forme d'une massue ou d'un battant de cloche. Il est possible cependant que tout l'organe soit envahi. On voit alors se produire des bosselures, séparées par des sillons profonds et la verge, à son extrémité, se contourne en vrille.

Dans quelques cas, la tuméfaction et l'œdème atteignent un degré tel, que la miction ne s'accomplit plus qu'à grand'-peine, par suite du rétrécissement considérable de l'orifice préputial.

Le pénis devient alors très douloureux et les ganglions inguinaux s'enflamment. Des érections répétées augmentent encore les tourments du malade. Cet ensemble, joint aux autres symptômes de la blennorrhagie, provoque le plus souvent des troubles généraux, consistant en fièvre, inappétence et parfois même délire léger.

MARCHE ET TERMINAISON

Malgré ce tableau alarmant, la résolution s'opère ordinairement avec une rapidité surprenante. En quelques jours, les douleurs s'apaisent, la rougeur et le gonflement diminuent et tout rentre dans l'ordre.

Il est possible cependant qu'une phlegmasie aussi intense ne se termine qu'aux prix de suppurations plus ou moins étendues. On voit alors se développer un ou plusieurs foyers purulents. Lorsque ces abcès sont ouverts à temps, il n'y a pas de décollements et la cicatrisation s'opère sans incidents.

Cependant, bien qu'exceptionnel, le phlegmon diffus a été observé. Le prépuce en est ordinairement le siège. Ce n'est que très rarement que la suppuration gagne le tissu cellulaire du fourreau. Le danger de ces collections est leur tendance à détruire la muqueuse du prépuce et à se vider du côté du gland.

Lorsque l'abcès est évacué, les douleurs et la tension disparaissent et le prépuce revient sur lui-même. Il est à noter que, dans bien des cas, la peau reste très amincie au niveau du foyer. Cet amincissement même peut aller jusqu'à

la perte de sa vitalité. Il en résulte une gangrène capable d'entraîner une perforation, qui laisse apercevoir la surface du gland.

Un autre accident est encore à craindre. C'est un œdème, dur, limité à la partie du prépuce correspondant au frein et persistant longtemps après la guérison de l'abcès.

Enfin, chez quelques malades, le pourtour de l'ouverture du foyer purulent s'indure et il devient difficile de découvrir le gland, surtout chez les sujets déjà prédisposés au phimosis par leur conformation.

TRAITEMENT

Aussi, pour prévenir, autant que possible, les conséquences fâcheuses de la lymphangite diffuse, le traitement doit être énergique.

Si les phénomènes inflammatoires sont très intenses, il ne faut pas craindre d'appliquer des sangsues dans les aines. Des bains généraux et locaux seront administrés coup sur coup, sans préjudice de fomentations d'eau de guimauve et pavot sur les parties malades.

Existe-t-il, en même temps, de la balano-posthite, on pratiquera, entre le prépuce et le gland, des injections de nitrate d'argent à 1 o/o.

Quant aux foyers purulents, ils seront ouverts de bonne heure, pour prévenir les infiltrations et les décollements qui seraient presque fatals, en cas d'interventions tardives.

SÉQUELLES TRÈS RARES

En terminant, citons pour mémoire, tant pareilles séquelles sont rares : l'état variqueux des troncs lymphatiques, plusieurs fois observé par Ricord, et les fistules du prépuce ou du fourreau, ne pouvant guérir que par l'excision.

V. — Folliculites et abcès péri-uréthraux.

Les *folliculites* et *abcès*, qui se développent autour de la muqueuse uréthrale, occupent soit les glandes de la portion pénienne du canal, dites glandes de Littre, soit le tissu cellulaire qui entoure le conduit.

Leurs caractères cliniques et leur gravité diffèrent selon leur localisation.

ÉTIOLOGIE

D'après M. le Dr Luys, ces complications résultent presque toujours, soit d'injections abusives ou maladroites, soit de grands lavages uréthro-vésicaux ne pénétrant pas ou pénétrant mal dans la vessie.

Folliculites.

a) Naviculaires

C'est à l'inflammation des glandes de Littre, que l'on donne le nom de folliculites.

Lorsque celles-ci occupent la fosse naviculaire, on aperçoit, de chaque côté du frein, une petite tumeur, insensible à la pression et répondant environ à la grosseur d'un pois.

La marche en est essentiellement chronique. Les symptômes et le mode de terminaison de ces collections se rapprochent beaucoup des loupes du cuir chevelu.

S'il est possible qu'elles restent indéfiniment stationnaires, elles deviennent parfois brusquement douloureuses, augmentent de volume et contractent des adhérences avec la peau Il importe alors de les ouvrir de bonne heure, autrement elles perforeraient les téguments et se videraient par un orifice très étroit qui resterait fistuleux.

Le meilleur moyen d'en obtenir la guérison est d'inciser la peau jusqu'au kyste et d'en énucléer le contenu, comme on le fait pour un stéatome du cuir chevelu.

Un pansement simple suffit ensuite pour réaliser promptement la cicatrisation.

b) Péniennes.

Loin de siéger exclusivement à la région naviculaire, les folliculites peuvent occuper toute la portion pénienne et même bulbaire du canal. C'est surtout dans la blennorrhagie chronique qu'on peut les constater.

FORME TORPIDE

Dans la plupart des cas, elles ne provoquent aucune sensation et elles resteraient méconnues, si on ne les recherchait. Leur importance est cependant énorme, car elles servent de derniers repaires au gonocoque et sont causes de la durée indéfinie des vieilles gouttes militaires.

On les reconnaît aisément en introduisant un Béniqué dans le canal et en tâtant la paroi inférieure de l'urèthre le long de ce cathéter. Les doigts rencontrent alors un chapelet

de petits grains durs, tendus, ne dépassant guère le volume d'une tête d'épingle.

Non traités, ces petits grains persistent indéfiniment.

Pour en obtenir la disparition, il faut masser le canal, le long de l'instrument de Béniqué et répéter les séances tous les deux jours, jusqu'à ce que la main ne sente plus qu'une surface lisse (*fig.* 17).

FORME AIGUË

Mais à côté de cette forme de Folliculite, pour ainsi dire latente, il en existe une autre, qui, par les troubles fonctionnels qu'elle engendre et les phénomènes objectifs qui la révèlent, réclame d'emblée toute l'attention du médecin.

En réalité, il s'agit de véritables abcès, pouvant se développer dans tout l'espace compris entre le gland et la portion membraneuse. Néanmoins, ils ont deux sièges de prédilection : la fosse naviculaire et le bulbe.

Leur début est en général assez insidieux. Le malade ressent d'abord une douleur fixe en un point limité de la verge. Cette douleur augmente par la pression. Peu à peu les tissus se tuméfient et l'on aperçoit une saillie circonscrite. Plus tard, la fluctuation devient évidente et indique sûrement la formation d'un foyer.

Ce n'est pas seulement à l'extérieur que la collection fait saillie, elle bombe quelquefois dans l'intérieur du canal. De là, des troubles fonctionnels, qui tiennent au rétrécissement de l'urèthre occasionné par le soulèvement de la muqueuse. Le jet d'urine est à la fois plus fin et plus faible. Une véritable dysurie peut survenir ; dans quelques cas même, on a constaté une rétention absolue.

Il n'est pas surprenant que dans ces conditions des troubles généraux se produisent, tels que : frissons, fièvre, inappétence.

Que deviennent ces collections? Il est tout à fait exceptionnel qu'elles se résolvent. Leur suppuration est la règle.

Les abcès de la fosse naviculaire sont en général bilobés, étant séparés par le frein en deux parties sensiblement égales.

Au bulbe, ils peuvent acquérir le volume d'une moitié d'œuf. En général, ils occupent la partie médiane. Mais on en rencontre se localisant exclusivement sur les parties latérales. Lorsqu'ils se prolongent du côté de l'anus, ils offrent

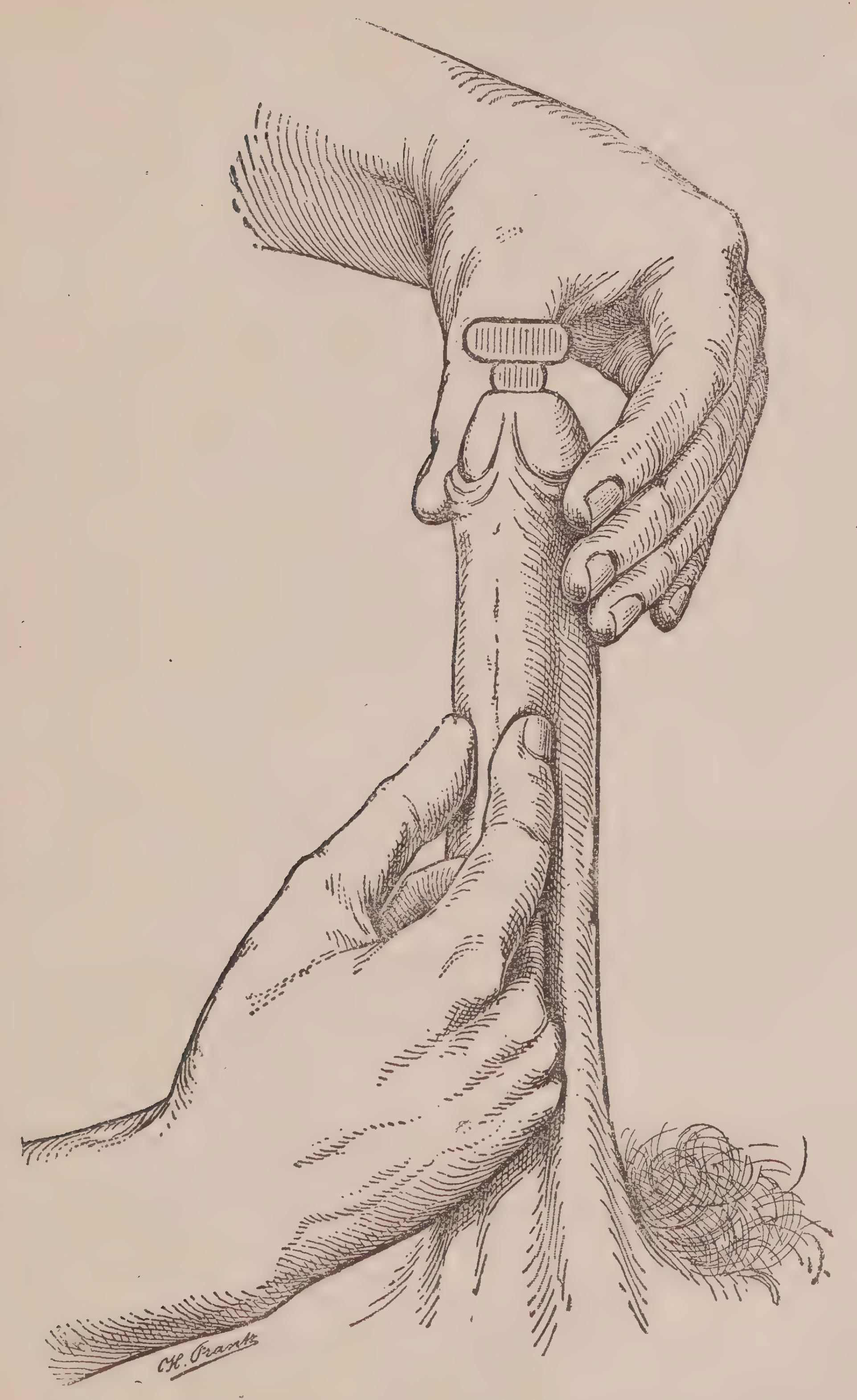


FIG. 17. — Palpation de l'urèthre (d'après G. LUYS, *loco citato*). — Recherche ou massage des glandes de Littre chroniquement enflammées.

une disposition spéciale, simulant la forme d'une raquette, dont la portion effilée regarde le pénis.

Modes de terminaison

Leur terminaison comporte trois modalités différentes. Tantôt, ces abcès s'ouvrent exclusivement au dehors. C'est le cas le plus favorable. Après l'évacuation du pus, la cicatrisation s'opère très rapidement, parfois en quelques jours.

Tantôt, ils s'ouvrent dans l'urèthre. Dans ces cas, le danger non fatal, mais néanmoins à craindre, est la pénétration de l'urine dans le foyer et surtout la possibilité d'une infiltration urineuse dans le tissu cellulaire de la verge et des bourses; de là, le risque de gangrènes effroyables, qui mettent parfois la vie en danger. Cette redoutable complication est surtout à craindre pour les phlegmons de la région bulbaire.

Avec les abcès du gland, on doit redouter un autre accident, également grave, quand le canal est perforé, non du côté de l'urèthre, mais à l'extérieur. C'est la formation d'un hypospadias, dont la guérison nécessite l'intervention d'un chirurgien.

Tantôt enfin la collection s'ouvre à la fois au dehors et dans l'urèthre. C'est la terminaison la plus rare.

Traitement

Quel est le traitement à appliquer dans ces cas d'abcès péri-uréthraux?

Au début, sangsues dans les aines, cataplasmes, bains locaux et généraux, non pour prévenir une suppuration, en quelque sorte inévitable, mais pour limiter le processus phlegmasique.

Plus tard, quand la fluctuation est nette, il faut ouvrir la voie au pus le plus promptement possible, les incisions prématurées étant seules capables d'entraver la perforation de l'urèthre et les complications qui en sont la conséquence.

Si l'on constate, par la pression du foyer, que le pus s'est frayé un passage dans le canal, il est prudent d'évacuer l'urine par la sonde et, dans le cas où l'infiltration deviendrait évidente, une contre-ouverture extérieure s'imposerait immédiatement.

VI. — Inflammation des glandes bulbo-uréthrales.

L'inflammation des glandes bulbo-uréthrales porte encore le nom de Cowpérite, du nom de l'anatomiste qui les a le premier décrites; mais l'honneur de leur découverte revient à Méry en 1684.

Ces glandes, au nombre de deux, comme on le sait, occupent à droite et à gauche l'angle rentrant que forme le bulbe avec la portion membraneuse de l'urèthre.

Elles s'enflamment assez rarement dans le cours de la blennorrhagie et ce n'est que dans la forme aiguë de celle-ci qu'elles sont atteintes, au plus tôt à la fin de la seconde semaine, le plus souvent vers le milieu du 3ᵉ ou 4ᵉ septénaire.

ETIOLOGIE

Toutes les causes capables d'aggraver l'écoulement uréthral peuvent provoquer la Cowpérite. Citons, en particulier, les marches forcées, l'équitation, les écarts de régime, des injections intempestives ou de grands lavages maladroits.

Il est exceptionnel que le processus phlegmasique envahisse les deux glandes. Une seule étant touchée, les signes objectifs ne se manifestent que d'un côté.

SYMPTÔMES

La Cowpérite s'annonce par une douleur qui siège au niveau de la région bulbaire. Cette douleur est exagérée par la pression et la position assise ; puis survient, soit à droite, soit à gauche du raphé, une tuméfaction légère, sans changement de coloration à la peau, qui reste mobile. Au palper, on sent une petite tumeur, ne dépassant guère le volume d'un haricot, dont la pointe répond au bulbe, auquel elle adhère, tandis que la grosse extrémité regarde l'anus. Mais c'est surtout par le toucher rectal que l'on se rend le mieux compte du volume et des rapports de la tumeur avec la portion bulbaire de l'urèthre.

Le malade étant couché sur le dos, les cuisses et les jambes demi-fléchies, les genoux écartés et le siège soulevé par un coussin, on relève les bourses, puis on introduit l'index droit dans l'anus, sa face palmaire dirigée en haut. Après avoir franchi le sphincter, on recourbe le doigt en crochet. Par cette manœuvre, on sent que l'on glisse d'abord sur le bec de la prostate, puis que la pulpe de l'index vient se coller

contre le bulbe. En même temps, le pouce de la main droite est appliqué sur la peau du périnée et prend contact avec le doigt introduit dans le rectum.

Si l'on perçoit alors entre l'index rectal et le pouce périnéal (*fig.* 18) une petite tumeur douloureuse à la pression, c'est qu'une des glandes de Cowper est enflammée. A l'état normal en effet, ces glandes sont pour ainsi dire insensibles.

L'examen bidigital sera complété par l'expression du contenu de la glande.

Pour cela, il faut d'abord faire uriner le malade, puis remplir sa vessie avec une solution d'eau boriquée ; l'index droit sera alors réintroduit dans l'anus et le pouce appliqué en face sur la région périnéale. Ainsi placés, les doigts masseront énergiquement la glande. Le malade videra ensuite sa vessie dans plusieurs verres. Il sera alors facile de constater que le liquide du premier verre est trouble et contient plus ou moins de filaments.

Mais, pour que cette opération réussisse, il importe que le canal excréteur de la glande soit libre. S'il est oblitéré, le massage n'aboutit pas à autre chose qu'à une douleur très vive qui oblige à s'arrêter.

TRAITEMENT

Quand le processus phlegmasique reste limité au corps glandulaire, sous l'influence d'un traitement simple : repos au lit, cessation de toute intervention intra-uréthrale (injections ou grands lavages), application de compresses froides, fréquemment renouvelées ou de fomentations émollientes sur la région bulbaire, la petite tumeur douloureuse ne tarde pas à diminuer, puis à disparaître.

Tant que la phlegmasie n'occupe que la glande, le diagnostic n'offre pas de difficulté réelle. La constatation d'une petite tumeur circonscrite, unilatérale, adhérente au bulbe, le toucher rectal enfin suffiront à distinguer la cowpérite de la prostatite.

Nous verrons dans un instant, en décrivant l'inflammation de la prostate, les signes spéciaux qui empêchent de la méconnaître.

Il n'en est pas de même, lorsque le processus inflammatoire envahit l'atmosphère celluleuse qui entoure la glande de Cowper. On se trouve alors en présence d'une péri-cowpérite.

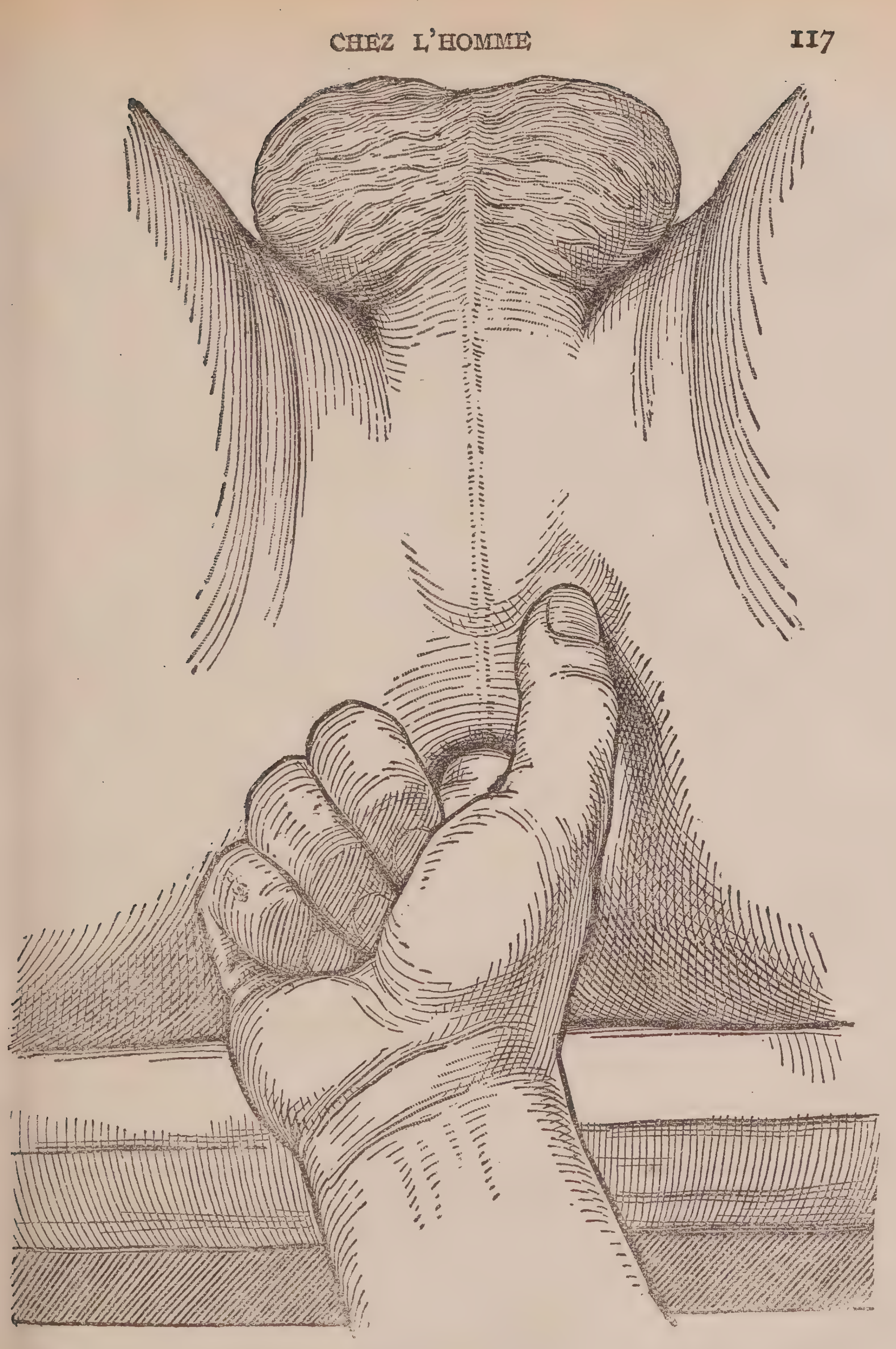


Fig. 18. — Palpation bi-digitale des Glandes de Cowper (d'après G. Luys, *loco citato*). — La glande malade est sentie entre le pouce périnéal et l'index rectal.

Péri-cowpérite On voit dans ce cas la tumeur augmenter rapidement de volume. Elle perd ses limites nettes et progresse plus ou moins en avant et en arrière. Le plus souvent même, elle dépasse la ligne médiane. Toutefois le gonflement est plus marqué du côté de la glande primitivement atteinte. A un moment donné, la symptomatologie se confond avec celle des abcès péri-uréthraux précédemment décrits, c'est-à-dire que la peau rougit, contracte des adhérences avec les tissus sous-jacents, en même temps que la fluctuation devient évidente. Un tel travail ne se produit pas sans provoquer des douleurs lancinantes et un mouvement fébrile.

L'abcès s'ouvre enfin vers le périnée dans la plupart des cas. Mais, comme dans les collections péri-uréthrales, il peut aussi se frayer une voie du côté de l'urèthre et même, quoique rarement, du côté de l'urèthre et du périnée.

L'ouverture périnéale est-elle le mode d'issue choisi par le pus, la douleur disparaît, l'abcès se vide rapidement et la guérison est prompte.

On peut espérer le même résultat si la collection perfore l'urèthre ou même l'urèthre et le périnée à la condition que l'urine ne filtre pas dans la poche. Autrement on risque tous les accidents que nous avons énumérés à propos des abcès péri-uréthraux.

Traitement Quoiqu'il en soit, dès que la suppuration est manifeste, il faut inciser largement la poche et la drainer pour éviter une fistule. Il suffira ensuite de bourrer la plaie de gaze iodoformée et de maintenir le pansement à l'aide d'un bandage en T.

VII. — Inflammation de la prostate.

Fréquence La fréquence des complications prostatiques dans le cours de la blennorrhagie est diversement appréciée par les auteurs. S'il faut s'en rapporter aux statistiques de Montagnin et de Eraud, citées par M. le Dr Luys dans son récent traité de la blennorrhagie, 70 % des blennorrhagiens seraient atteints de prostatite.

Il y a lieu, toutefois, d'établir dans ce chiffre une distinction. Le plus souvent on observe une forme légère, se traduisant

par une simple congestion de la glande; les formes graves, aboutissant à l'inflammation profonde et à la suppuration, sont heureusement fort rares.

Quelles sont les causes qui provoquent la prostatite dans le cours de la blennorrhagie? **Etiologie**

1° Les fatigues de toutes sortes : marches exagérées, danse, équitation, longs voyages en chemin de fer ;

2° Les excès de boissons, surtout lorsque la maladie est aiguë ;

3° Les excitations sexuelles, quelles qu'elles soient ;

4° Des injections intempestives ou de grands lavages, sans une extrême prudence, surtout si on tente d'y recourir dès le début de l'écoulement.

Il faut savoir néanmoins que la prostatite peut apparaître spontanément par le seul fait de l'existence d'une blennorrhagie.

C'est en général dans le 3e septénaire que le processus phlegmasique atteint la prostate; souvent même beaucoup plus tard. Mais, lorsque les causes provocatrices ont été intenses, on a constaté l'envahissement de la glande dès le 5e jour. **Epoque d'apparition**

En clinique, il y a lieu de distinguer trois formes : **Formes cliniques**

1° La congestion ;

2° L'inflammation aiguë à laquelle on doit adjoindre les abcès de la prostate ;

3° L'inflammation chronique.

a) Congestion de la prostate.

a) — A un degré léger, cette congestion serait la règle, d'après Sigmund de Vienne, lorsque la blennorrhagie a gagné l'urèthre postérieur. Mais, selon lui, elle passerait inaperçue, si l'on n'avait la précaution de pratiquer le toucher rectal. Elle ne détermine en effet aucun trouble fonctionnel. C'est l'introduction de l'index dans le rectum, qui permet de sentir une tuméfaction en général minime.

En revanche, lorsque la poussée fluxionnaire est plus accentuée, la maladie se révèle par des phénomènes subjectifs

et des signes physiques, qui ne laissent aucune place au doute.

Le malade accuse une sensation de pesanteur au niveau du périnée et de corps étranger dans le rectum. La miction devient douloureuse et parfois difficile au point de produire une rétention passagère de l'urine. La défécation est habituellement très pénible, surtout quand le bol fécal a durci. Il y a en même temps du ténesme rectal.

Quand on introduit le doigt dans l'anus, on reconnaît un gonflement notable de la prostate et une sensibilité très vive à la pression.

Si le médecin intervient rapidement, cet état ne persiste guère que trois ou quatre jours. Le ténesme s'apaise, la dysurie cesse et la prostate reprend son volume normal.

Bref, la forme congestive se termine toujours par résolution.

Les accidents toutefois peuvent reparaître à l'occasion des causes précédemment énumérées. Les pollutions nocturnes, si fréquentes dans le cours de l'uréthrite postérieure, sont capables à elles seules de les produire.

Traitement

Quoiqu'il en soit, un traitement simple en a promptement raison. Le repos, l'abstention de toute médication intra-uréthrale, des boissons délayantes, le lait en particulier, un bain de siège quotidien, des onctions périnéales avec l'onguent napolitain belladoné, des lavements enfin pour exonérer le rectum, suffisent à éteindre en quelques jours la fusée morbide.

b) Prostatite aiguë.

b) — Infiniment plus rare que la précédente, cette forme revêt le même ensemble symptomatique, mais à un degré beaucoup plus accentué.

La douleur est intense et irradie souvent dans les cuisses et les lombes. Le périnée acquiert une telle sensibilité à la pression que la marche, le croisement des jambes, la position assise même deviennent très pénibles. Le malade est obligé de rester couché sur le dos, les jambes et les cuisses fléchies.

La difficulté de la miction s'accroît progressivement par suite de l'augmentation du volume de la prostate et il arrive un moment où la vessie n'est plus évacuée que goutte à

goutte. Il n'est même pas rare de voir se produire une rétention complète, alors qu'au contraire l'écoulement uréthral semble avoir disparu.

D'un autre côté, la défécation est extrêmement doulou-

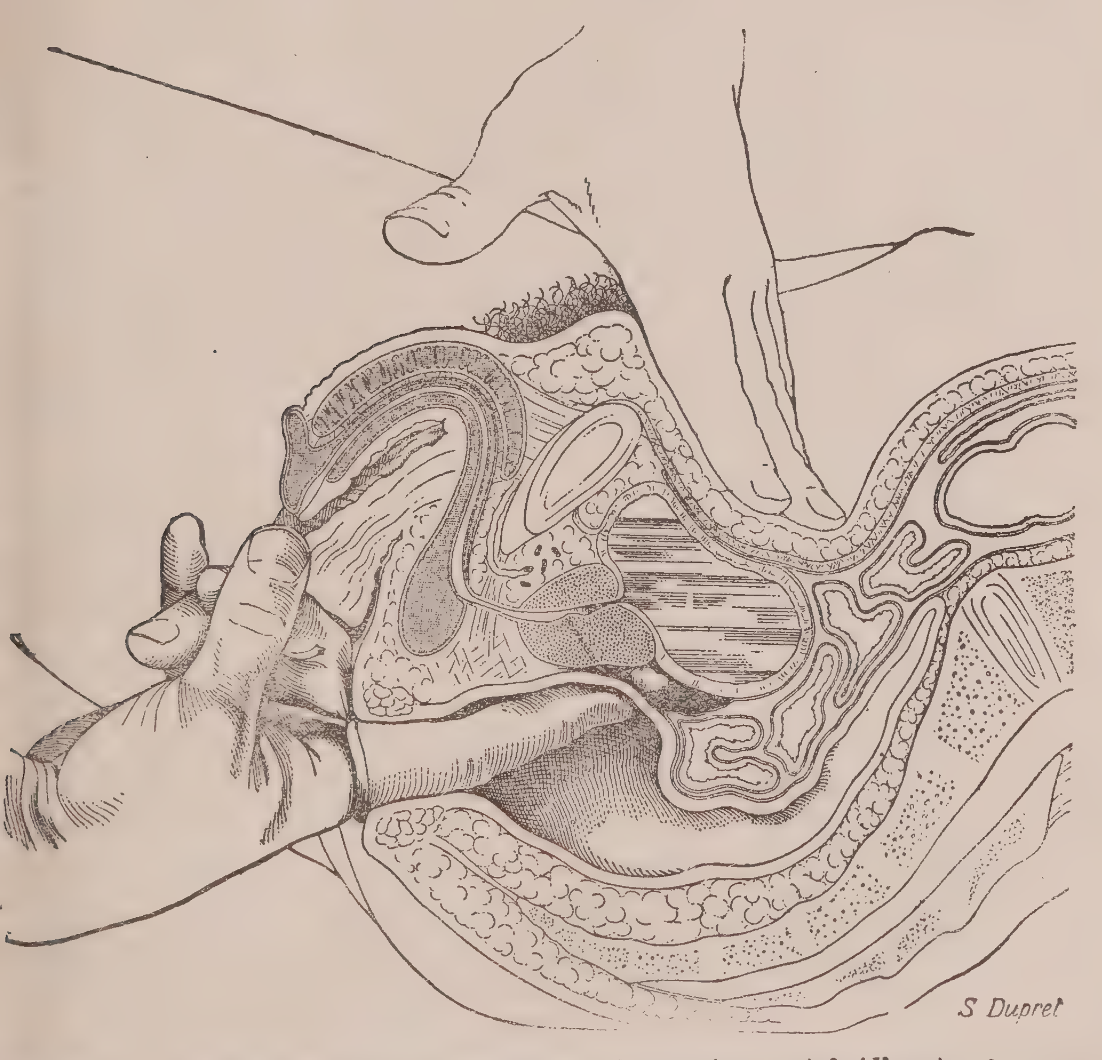


FIG. 19. — Exploration de la prostate par le toucher rectal (d'après G. LUYS, *Traité de la Blennorrhagie*. Doin, éditeur, Paris).

reuse et accompagnée quelquefois de légères hématuries.

La souffrance provoquée par l'expulsion du bol fécal persiste quelque temps après et, dans l'intervalle, le malade a la sensation d'un corps étranger remplissant le rectum.

Par le toucher intra-anal (*fig.* 19), il est aisé de reconnaître que la prostate est tuméfiée, dure et sensible à la pression. Le gonflement peut être total ou limité à un lobe.

Est-il total, l'organe prend la forme d'une tumeur carrée; limité à un lobe ou à une portion de lobe, la configuration est en rapport avec la forme et l'étendue de la lésion.

Il n'est pas surprenant qu'un tel état provoque des troubles généraux. Le patient perd l'appétit, il est agité et fébrile.

Marche et terminaison

En général, la maladie progresse jusqu'au 8e ou 9e jour. A dater de cette époque, tous les symptômes s'amendent progressivement et, par le toucher rectal, on peut suivre le retour de la glande à ses dimensions normales. En deux ou trois semaines, la résolution est complète. Il peut arriver cependant qu'elle reste inachevée. On voit alors persister une induration, qui a chance de s'effacer à la longue, mais risque parfois de devenir définitive, prédisposant à l'hypertrophie chronique chez le vieillard et à la dégénérescence tuberculeuse ches les sujets lymphatiques.

Telles sont la marche et la terminaison de la prostatite aiguë dans la généralité des cas. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi et le molimen inflammatoire peut se terminer par suppuration.

C'est au moment où la maladie acquiert son maximum, c'est-à-dire vers le 8e ou 9e jour, que cette transformation s'opère.

Elle débute par une nouvelle ascension de la température et de petits frissons. Puis la douleur se modifie dans ses caractères ; elle devient pulsatile. La dysurie persiste et peut même aller jusqu'à la rétention absolue. La défécation devient affreusement pénible. Le toucher rectal enfin montre une prostate très augmentée de volume, très douloureuse et manifestement fluctuante en divers points.

Abcès de la prostate.

L'abcès une fois formé, le pus tend à se faire jour au dehors de la glande.

Le plus souvent, la collection s'ouvre dans l'urèthre, soit spontanément, soit à la suite d'un cathétérisme imposé par l'obstacle à la miction, le passage de l'instrument offrant toujours de sérieuses difficultés. On doit se servir d'une sonde molle de Nélaton et pénétrer avec une grande prudence dans le canal.

Quoiqu'il en soit, lorsque l'abcès est ouvert, l'évacuation

persiste un temps variable. Aussi l'urine du premier jet est-elle trouble, tandis qu'elle est claire à la fin de la miction. En dehors de celle-ci, le pus sort par le méat en petits flots comme s'il était éjaculé, tous les quarts d'heures ou toutes les demi-heures.

Le pronostic de ce mode de terminaison est variable.

Quand la rupture de la poche est précoce, la guérison est relativement rapide et ne demande que quatre à cinq semaines. Si, au contraire, elle est tardive, l'infection purulente et la mort sont à craindre. Une autre conséquence, également à redouter, résulte du défaut de cicatrisation de la cavité purulente. Il se forme alors une caverne, dans laquelle pénètre et stagne l'urine; de là, une suppuration qui persiste indéfiniment. A la longue, le malade se cachectise et finit par succomber.

L'ouverture par le rectum est également fréquente et s'opère ordinairement pendant la défécation. Le pus, mêlé de sang, s'écoule avec les fèces. Ce mode de terminaison est plus favorable que le précédent et la guérison est la règle, au bout d'un temps variable.

Dans des cas plus rares, le pus perfore la vessie et le rectum. Par suite de la communication entre les deux conduits, une certaine quantité d'urine s'écoule par l'anus, tandis que des gaz intestinaux sortent par l'urèthre.

Tels sont les modes d'évacuation les plus habituels des abcès prostatiques. Mais la suppuration peut choisir d'autres voies. Franchissant la loge qui renferme la glande, elle se porte soit en haut, du côté du péritoine, soit en bas, vers le bassin. On l'a vue saillir au périnée, provoquer un phlegmon de la fosse ischio-rectale, se faire jour par le trou obturateur et l'échancrure sciatique. Bref, à la prostatite a succédé une périprostatite.

On conçoit que pareilles issues exposent aux complications les plus graves, à la gangrène, l'infection purulente, la péritonite ou encore à des suppurations intarissables et à des fistules. Il est rassurant de savoir qu'aussi redoutables conséquences sont tout à fait exceptionnelles.

c) Prostatite chronique.

c) — Sans doute la prostatite chronique peut être consécutive à la phlegmasie aiguë de la glande. Le fait est rare.

Dans la règle, elle apparaît d'emblée et accompagne l'uréthrite chronique postérieure.

Des phénomènes subjectifs, des troubles fonctionnels et des signes physiques la révèlent à la fois.

1° *Phénomènes subjectifs.* — Les malades accusent une lourdeur pénible au niveau du périnée; parfois même à l'anus et au périnée, une véritable douleur qui s'exaspère par la marche et les efforts de défécation ;

2° *Troubles fonctionnels.* — La miction est plus fréquente que d'ordinaire et pour peu que la garde-robe soit laborieuse, il s'écoule, par le méat urinaire, au moment de la défécation, du liquide prostatique.

A l'état normal, ce liquide est analogue au petit lait; il n'est ni filant, ni grumeleux.

A l'état pathologique, il apparaît jaunâtre, un peu filant et caillebotté.

Cette perte de sécrétion glandulaire affecte profondément le moral de certains malades et peut même les rendre neurasthéniques.

3° *Signes physiques.* — On les constate en faisant uriner le patient et en procédant au toucher rectal, suivi de l'expression de la glande.

La vessie doit être évacuée dans deux verres. Le premier contient un liquide trouble et des fils qui occupent le fond du vase, le pus retenu dans l'urèthre antérieur étant expulsé avec les filaments dès le début de la miction. Lorsque la blennorrhagie est limitée à cette portion du canal, le reste du liquide est clair. Si au contraire l'inflammation s'est propagée à l'urèthre postérieur et à la prostate, l'urine du second verre est encore trouble et renferme aussi des fils lourds, qui gagnent le fond du récipient. Il est à remarquer que beaucoup d'entre eux ont l'aspect de virgules.

Ce dernier caractère a une réelle importance. Il permet de savoir si la partie profonde du canal est seule atteinte ou si la prostate participe au processus. Les filaments en virgule, qui représentent le moulage des conduits excréteurs de la glande, indiquent que celle-ci est atteinte.

Le toucher rectal donne enfin des renseignements plus précis. On sent que la prostate est augmentée de volume et

sensible à la pression. Si on la masse avec le doigt, de façon à évacuer son contenu, on fait sourdre au méat un liquide qui a les caractères précédemment indiqués.

Pronostic

Quel est le pronostic de cette forme morbide? En général, il n'est pas grave. A la longue, et surtout sous l'influence du traitement, la maladie finit par s'éteindre. Le point noir est sa ténacité. Il faut donc relever le moral des patients, qui souvent se désolent à l'excès, et leur laisser entrevoir la guérison. Sans doute, il peut se produire, dans le cours de l'affection des poussées congestives, voire un retour à l'état aigu et même des abcès. Mais de tels accidents sont excessivement rares et ne modifient guère l'allure bénigne de l'affection.

Diagnostic

Les signes cliniques que nous avons indiqués permettent, dans la plupart des cas, de reconnaître une prostatite blennorrhagique. Cependant la confusion est possible, soit avec une maladie de voisinage, soit avec une affection de la glande relevant d'une toute autre cause.

Forme aigüe

A l'état aigu, avec un peu d'attention, la méprise est facile à éviter. On peut en effet aisément distinguer cette forme: de l'uréthro-cystite, de la cowpérite et de la vésiculite.

Est-il possible d'abord de distinguer la simple congestion de la glande de l'inflammation vraie?

J'accorde que la ligne de démarcation n'est pas commode à établir. Cependant, quand la douleur périnéale est vive, la prostate très sensible à la pression, quand la fièvre apparaît, il y a tout lieu de penser que le stade congestif est franchi et l'état phlegmasique installé.

Dans l'uréthro-cystite, il n'y a ni sensation de corps étranger dans le rectum, ni gêne de la défécation, mais en revanche des mictions fréquentes et minimes, qui, lorsqu'elles s'achèvent, occasionnent un ténesme insupportable. Signe pathognomonique enfin, la prostate touchée par le rectum a son volume normal.

La cowpérite et surtout la péricowpérite pourraient faire croire à une lésion de la prostate.

Mais si déjà l'absence de réaction vésicale et rectale éloigne

l'hypothèse de cystite et de prostatite, le toucher par l'anus suffit à dissiper les doutes.

Dans la cowpérite le gonflement est latéral, dans la prostatite il est médian. Enfin, lorsqu'il s'agit de cowpérite, le toucher permet de reconnaître que la prostate n'est ni tuméfiée, ni douloureuse.

C'est encore grâce à l'exploration digitale que l'on peut distinguer la vésiculite aiguë de la prostatite. D'abord l'inflammation des vésicules séminales est très rare et, quand elle existe, l'index rencontre une ou deux tumeurs allongées, qui siègent au-dessus de la prostate. Le sperme enfin est souvent imprégné de sang et teinté de pus.

Forme chronique

En revanche, le diagnostic de la prostatite chronique blennorrhagique, beaucoup plus fréquente que la forme précédente, offre dans certains cas des difficultés assez sérieuses.

Il faut d'abord savoir si l'écoulement, le plus souvent ancien et réduit à une goutte, se complique ou non d'une lésion prostatique. Cette notion a d'autant plus d'importance qu'elle comporte des indications thérapeutiques spéciales.

Eh bien ! ce diagnostic repose sur l'examen des urines, le toucher rectal et le massage de la glande.

Je rappelle que si, après avoir fait uriner le malade dans deux verres, on découvre au fond de l'un et de l'autre, des filaments lourds, on peut déjà conclure que le processus gonococcique a envahi l'urèthre postérieur. Reconnaît-on parmi ces fils des formes en virgule, c'est que la prostate est atteinte.

D'autre part, le toucher rectal permettra de constater que l'organe a dépassé ses limites ordinaires et est devenu sensible à la pression.

Enfin, par le massage, apparaît au méat le liquide jaunâtre, un peu filant et mélangé de petits caillots, que nous avons précédemment indiqué.

Beaucoup plus délicat est le diagnostic de la *tuberculose de la prostate.*

Il faut d'abord se rappeler que l'invasion de la glande par le gonocoque est capable de favoriser, chez les sujets prédisposés, la pénétration du bacille de Koch.

Quels seront les caractères qui permettront de reconnaître sa présence?

La glande d'abord est modifiée dans son volume. Ce signe est insuffisant, appartenant aussi à la prostatite blennorrhagique. Mais quand l'index en explore la surface avec soin, à côté de points durs, il constate des îlots ramollis et fluctuants. Dans la forme blennorrhagique, la consistance semble partout uniforme.

Enfin, on doit examiner minutieusement les organes de voisinage, c'est-à-dire l'épididyme et les vésicules séminales. On les trouvera épaissis, bosselés et plus ou moins sensibles à la pression en cas de lésions bacillaires.

Si des signes de tuberculose pulmonaire coïncident avec ces modifications organiques, le diagnostic s'imposera encore davantage.

Je ne crois guère possible de confondre la prostatite blennorrhagique avec l'hypertrophie du cancer ou de la sénilité. Le cancer n'apparaît qu'à un âge avancé. Au toucher, la glande offre des bosselures et une dureté ligneuse. On constate en outre une adénite inguinale et il est bien exceptionnel qu'une blennorrhagie coexiste. Mais en revanche, il y a des hématuries.

Quant à l'*hypertrophie de la prostate*, c'est le fâcheux privilège de la vieillesse. Elle n'apparaît qu'après 50 ans au moins et est accompagnée de rétention ou d'incontinence, troubles que l'on n'observe pas dans la prostatite chronique blennorrhagique. Tout au plus peut-on dire, que celle-ci prédispose à l'apparition relativement précoce de l'hypertrophie sénile.

Traitement.

Quel traitement doit-on opposer à la prostatite gonococcique. Il varie naturellement, selon qu'il s'agit de la forme aiguë ou chronique.

Forme aiguë

a) La différence de gravité entre la prostatite non suppurée et l'abcès démontre l'importance d'arrêter *ab ovo* la

maladie. Il faut donc prescrire, dès le début, un traitement antiphlogistique des plus énergiques.

On n'hésitera pas à appliquer 20 à 30 sangsues au périnée. Le nombre du reste sera proportionné à l'intensité de la phlegmasie.

Le malade prendra chaque jour un grand bain tiède, ou un bain de siège d'une heure à une heure et demie.

La région douloureuse sera enduite d'onguent napolitain belladoné et recouverte de plusieurs doubles de flanelle que l'on maintiendra à l'aide d'un bandage en T.

En cas de souffrance trop vive, on introduirait, le soir, dans l'anus un suppositoire ainsi formulé :

Chlorhydrate de morphine	un à deux centigr.
Beurre de cacao	5 gr.

On veillera aussi à la liberté du ventre, en administrant tous les deux jours, s'il est nécessaire, un lavement d'eau de guimauve tiède.

Dans l'hypothèse de rétention d'urine, il faudrait recourir au cathétérisme, deux ou trois fois dans la journée, en se servant d'une sonde molle en caoutchouc et jamais d'une sonde métallique.

Bien entendu, on prescrira le repos absolu au lit et en même temps la diète lactée.

Si, malgré ces moyens intensifs, un abcès venait à se former, par un massage prudent de la prostate, il aurait chance de s'ouvrir dans l'urèthre. Mais, s'il bombe du côté du périnée, il ne faut pas hésiter, selon le conseil d'Albarran, à inciser largement en ce point. Pour cela, l'assistance d'un chirurgien est nécessaire. La plaie béante sera ensuite lavée, largement drainée et bourrée de gaze iodoformée.

FORME CHRONIQUE

b) Le traitement de la prostatite chronique mérite d'être connu avec précision. C'est, en effet, de beaucoup, la modalité la plus fréquente, celle par conséquent que les médecins ont le plus souvent à vaincre.

Quels sont donc les moyens à employer? En réalité, ils se réduisent à deux : les massages et les lavages.

A retenir toutefois qu'un traitement préparatoire ne peut qu'en favoriser les résultats.

L'invasion prostatique étant consécutive à une blennorrhagie chronique, la dilatation de l'urèthre produit toujours un heureux effet. Si le canal s'y prête, elle sera poussée jusqu'au nº 60 de la sonde métallique Béniqué. J'en ai indiqué la technique à propos du traitement de la blennorrhagie chronique. Je tiens seulement à rappeler que cette opération n'a pas seulement pour but de dilater le conduit et de favoriser la pénétration des lavages, mais elle exprime surtout le contenu de toutes les glandes, essaimées le long de la muqueuse uréthrale et déloge ainsi les gonocoques qu'elles abritent au grand détriment de la guérison de la blennorrhagie.

La dilatation achevée, on procède aux grands lavages uréthro-vésicaux et au massage de la glande.

Il est utile de commencer par des solutions permanganatiques. Sans doute la goutte qui persiste peut être aseptique. Mais il est impossible de l'affirmer. Combien de faits démontrent que les gonocoques, qui semblaient avoir totalement disparu, rentrent en scène sous l'influence d'une excitation du canal. On agira donc prudemment en assurant d'abord la stérilisation du milieu. J'estime que six lavages, un chaque jour à solution progressivement concentrée, suffisent à ce but.

Si néanmoins la goutte persiste, on aura recours aux solutions argentiques, soit au nitrate d'argent, soit au protargol. Mais, ainsi que je l'ai fait remarquer à propos du traitement de l'uréthrite chronique, ces lavages ne doivent être renouvelés que tous les quatre jours.

Quant aux massages, qui constituent la médication principale, on se conformera aux règles suivantes :

D'abord, en ce qui concerne la direction de la cure, l'opération aura lieu tous les deux jours, pendant les lavages au permanganate, puis tous les quatre jours, à l'occasion de chaque irrigation argentique.

Pour que le médecin puisse pratiquer aisément le massage, le patient inclinera le tronc, de façon à ce que ses deux mains appuient sur une chaise. L'opérateur introduira alors dans le rectum l'index enduit de vaseline stérilisée et comprimera pendant 3 à 4 minutes la glande, en procédant de la périphé-

rie vers le centre, doucement d'abord et avec plus de force ensuite.

Il sera important que le malade dépose sur la chaise un récipient, dans lequel tombera, sortant par le méat, le produit de la sécrétion prostatique, dont il pourra ainsi apprécier les caractères (*fig.* 20).

Bien entendu, le massage précédera l'irrigation du canal et devra être continué jusqu'à ce que la liqueur glandulaire ait recouvré ses caractères normaux, c'est-à-dire la fluidité et la couleur laiteuse, en même temps que la glande, ses limites ordinaires.

VIII. — Orchi-épididymite.

L'orchi-épididymite est à la fois une des complications les plus communes et les plus fâcheuses de la blennorrhagie gonococcique.

Toutefois les auteurs ne sont pas d'accord sur sa fréquence.

FRÉQUENCE

Tandis que le professeur Fournier l'estime à un peu moins de 10 %, Berdal en porte le chiffre de 13 à 29 % et Jordan, auteur allemand, dont on trouve le travail résumé dans les *Annales* de dermatologie du mois de septembre 1905, à 27,8 %.

Si on prend la moyenne de ces divers nombres, on arrive à un total de 20 % environ.

ÉPOQUE D'APPARITION

C'est le plus souvent vers la 3e et la 4e semaine de l'écoulement, que l'on voit apparaître l'orchi-épididymite. Auparavant, elle est rare. Mais en revanche, elle peut se manifester très tardivement dans le cours d'écoulements fort anciens et même à propos de suintements presque insignifiants, remontant à plusieurs années.

ÉTIOLOGIE

Quelles sont les causes provocatrices de l'orchi-épididymite?

Chez quelques sujets, la blennorrhagie seule, propagée à l'urèthre postérieur, est seule responsable. De temps à autre en effet, on rencontre des malades, dont l'appareil séminal

est atteint, bien qu'ils aient observé le régime le plus sévère et même gardé le lit dans le cours de leur écoulement ; tandis que d'autres restent indemnes, malgré toutes sortes d'imprudences.

Néanmoins, dans l'immense majorité des cas, les conditions nécessaires à l'envahissement de l'épididyme et du testicule, peuvent, dans leur ensemble, reconnaître un double mécanisme, à savoir :

1° Les excitations de l'urèthre dans le cours de la blennorrhagie, telles que : des rapports sexuels, la masturbation, des excès alcooliques, des injections irritantes, de grands lavages, intempestifs, dès le début de l'écoulement ;

2° Des fatigues corporelles : marches forcées, équitation, danse, exercices musculaires violents.

Il résulte d'un très grand nombre d'observations que la maladie a pour siège l'épididyme. Ce n'est que secondairement, mais non fatalement, qu'elle se propage au testicule, à la tunique vaginale, au canal déférent. Il faut reconnaître cependant que le testicule participe souvent plus ou moins, à la phlegmasie épididymaire. Ce qui justifie le nom d'orchi-épididymite, donné à la maladie.

En général, l'envahissement est unilatéral et se localise, soit à droite, soit à gauche, en nombre sensiblement égal.

Il est exceptionnel que la lésion soit double. D'après les statistiques de Rollet et du professeur Fournier, on ne l'observerait que dans 6 à 15 o /o des cas.

Au point de vue clinique, l'orchi-épididymite affecte trois formes différentes : une légère, une moyenne, qui est la forme ordinaire ; enfin une forme grave :

FORMES CLINIQUES

1° *Forme légère ;* Elle se réduit à quelques symptômes bénins.

Le malade éprouve une sensation de pesanteur et de tiraillement dans l'une des bourses. On constate en même temps un très léger gonflement unilatéral.

En gardant le repos et en appliquant sur la partie sensible quelques compresses, trempées dans l'eau boriquée tiède et recouvertes d'un taffetas gommé, le tout rentre dans l'ordre en 2 à 3 jours.

2° *Forme habituelle* ou *moyenne* : La douleur est le premier signe. Elle apparaît subitement, soit au niveau des bourses, soit dans la région inguinale.

Il est plus rare que le début soit précédé de quelques phénomènes avant-coureurs, tels que : malaise général, inappétence, léger mouvement fébrile, mictions plus fréquentes, sensation de pesanteur dans les bourses.

Cet état dure 2 à 3 jours ; puis la maladie éclate dans toute son intensité.

Deux symptômes la dominent : la douleur et le gonflement.

La douleur varie de caractères et d'intensité. Elle peut consister en une sensation de lourdeur dans le scrotum, avec impression de tiraillement du cordon.

Bien plus souvent, elle prend le caractère d'élancements, de torsion, de constriction et exige impérieusement le repos. La pression la plus légère, le moindre attouchement l'exaspèrent au point que les malades redoutent l'approche de la main du médecin.

Enfin, dans quelques cas exceptionnels, elle ne reste pas limitée au scrotum. Elle irradie dans les aines, la région lombaire et le long du nerf sciatique.

On conçoit qu'un tel cortège symptomatique provoque des signes d'embarras gastrique et un mouvement fébrile, accusé par une température de 38, 39 et même 40°.

Ordinairement, les souffrances du malade augmentent jusqu'au cinquième jour ; puis, peu à peu elles décroissent pour s'éteindre vers le douzième ou quinzième jour.

Quant au gonflement, il est subordonné à l'intensité et surtout au siège des lésions. Dans la plupart des cas, ai-je dit, il est unilatéral et limité à l'une des bourses, qui apparaît double ou triple du volume normal, franchement rouge et même légèrement œdémateuse.

Si maintenant on cherche à se rendre compte de l'état des parties, voici ce que l'on constate :

En avant, on rencontre le testicule, qui a conservé sa sensibilité normale, mais qui souvent semble légèrement tuméfié. Si l'on contourne l'organe, on ne tarde pas à arriver sur l'épididyme, que l'on trouve volumineux, très sensible à la pression et enclavant la glande séminale dans une sorte de cupule à concavité antérieure.

Il n'est pas constant que l'épididyme soit atteint dans toute sa longueur. La tuméfaction peut être limitée à la queue, plus rarement à la tête.

On doit aussi se méfier des inversions. Normalement l'organe siège à la partie postérieure du testicule ; mais parfois il occupe la partie antérieure ou latérale.

Quoiqu'il en soit, faut-il encore qu'il soit perceptible ; car il peut être masqué par un épanchement plus ou moins considérable dans l'intérieur de la tunique vaginale, épanchement qui est la source de l'exaspération des douleurs, lorsqu'il est abondant et distend outre mesure l'enveloppe séreuse. C'est même l'impossibilité de sentir l'épididyme et le volume du scrotum, qui indiquent l'existence de l'hydro-phlegmasie concomitante.

Dans la plupart des cas, le processus n'envahit que l'épididyme et très légèrement le testicule, mais il est possible que les éléments du cordon participent à l'inflammation. Lorsque le canal déférent est seul atteint, on sent au-dessus de l'épididyme un cordon dur, cylindrique, douloureux à la pression et offrant le volume d'un tuyau de plume environ. Il est possible de le suivre jusqu'au canal inguinal. On se trouve alors en présence d'une déférentite. Celle-ci même peut exister seule, sans épididymite ; mais le fait est tout à fait exceptionnel.

Plus souvent, tous les éléments du cordon sont envahis : canal déférent, vaisseaux, tissu cellulaire interposé et la lésion acquiert la grosseur du petit doigt. Lorsqu'il en est ainsi, la lésion porte le nom de funiculite.

Il est aisé enfin de concevoir que les enveloppes scrotales reçoivent le contre-coup de l'inflammation. Le scrotum est alors luisant, rouge, œdémateux et sensible au toucher. Ses rides ont disparu.

3° *Forme grave :* Elle se caractérise par un véritable état typhoïde. La fièvre est très élevée ; elle peut atteindre 40° et être accompagnée de délire, surtout chez les alcooliques ; l'abattement est extrême, l'anorexie complète, souvent même surviennent des nausées et des vomissements.

En même temps, on constate au niveau des bourses une rougeur intense, un gonflement marqué et des douleurs ivolentes, qui peuvent se propager dans l'abdomen.

Heureusement, sous l'influence du repos et d'un traitement énergique, cet orage s'apaise au bout de quelques jours et la maladie tend vers la guérison.

MODES DE TERMINAISONS

La résolution est en effet la terminaison habituelle de l'orchi-épididymite. Elle s'opère dans l'espace de 2 à 4 semaines. La douleur disparaît d'abord ; le gonflement et l'épanchement, ensuite. Il persiste néanmoins, presque toujours au niveau de la queue de l'épididyme un noyau dur, qui permet de reconnaître, au bout de longues années, l'existence d'une épididymite antérieure.

N'oublions pas que la marche régulière de la maladie est assez souvent entravée par des rechutes, dues à l'imprudence des malades, qui se livrent trop tôt à des exercices violents ou à la pratique du coït.

Ou bien encore c'est l'épididyme resté sain qui se prend à son tour et dans quelques cas, heureusement rares, la phlegmasie, après avoir abandonné ce dernier, se reporte au premier. C'est ce que Ricord appelait épididymite à bascule.

Les autres terminaisons par suppuration et atrophie du testicule sont très exceptionnelles.

Quand il se forme un abcès, celui-ci est en général circonscrit et se cicatrise rapidement après l'évacuation du pus. Cette complication néanmoins fait craindre pour l'avenir l'envahissement du testicule par la tuberculose, surtout chez les sujets prédisposés.

L'atrophie de l'organe est encore plus rare que la suppuration. A peine en trouve-t-on quelques cas, relatés dans la science.

L'hydrocèle en revanche peut apparaître à une échéance plus ou moins lointaine après la disparition de l'épididymite. A noter aussi la persistance de la douleur, sous forme de névralgie souvent rebelle, alors que tous les phénomène inflammatoires sont depuis longtemps éteints.

Que devient, à la suite de l'orchi-épididymite, la fonction testiculaire?

A cet égard, les avis sont partagés. Tandis que les uns estiment la spermatogénèse anéantie ; les autres admettent

la restitution *ad integrum* au bout d'un temps variable. Sans doute, la question n'est pas à envisager, lorsque la phlegmasie a été unilatérale. Le testicule sain supplée suffisamment le testicule atteint, pour que le sujet puisse escompter une nombreuse famille.

Mais lorsque la phlegmasie a été double, l'infécondité est en général la règle. Je sais bien qu'il existe une statistique plus consolante de MM. Balzer et Souplet (*Bull. de la Soc. dermat.* 23 avril 1892). Ces auteurs, examinant le produit des glandes séminales plus de 6 mois après la guérison de la maladie, auraient découvert des spermatozoïdes cinq fois sur six cas. Mais en regard de ce résultat remarquable, qui porte sur un chiffre malheureusement trop restreint, on peut opposer un très grand nombre de faits, démontrant la stérilité définitive.

Épididymites anormales.

Nous serions incomplets si nous omettions de signaler quelques épididymites à caractères spéciaux dus soit à des anomalies constitutionnelles, soit à des lésions concomitantes :

1° *Anomalies constitutionnelles* : Ectopies testiculaires. Le testicule, au lieu d'occuper les bourses, peut siéger dans la canal inguinal, ou au niveau du périnée, de l'anneau crural, voire dans l'abdomen.

L'épididymite inguinale est la plus fréquente. Quand elle existe, on constate au niveau de l'arcade crurale une tumeur plus ou moins volumineuse, pouvant atteindre les dimensions d'un œuf de poule. Cette tumeur est douloureuse au toucher ; la peau qui la recouvre est rouge et tendue.

Ce qui permet de faire le diagnostic, c'est l'absence d'un testicule dans le scrotum et la coexistence d'une blennorrhagie. Une difficulté peut néanmoins surgir lorsque le canal déférent envoie une anse dans la cavité scrotale. Quand cette anse en effet s'enflamme, elle provoque ordinairement un épanchement de la tunique vaginale, qui rend très malaisé l'exploration des parties. C'est en recherchant avec soin la fluctuation, par la pression alternative de deux doigts à la surface des téguments, que l'on a chance d'arriver à éviter l'erreur.

L'absence d'un testicule à son siège ordinaire et la coïncidence d'un écoulement uréthral conduisent également à reconnaître les épididymites périnéale, crurale et abdominale. Autrement, la première serait prise pour un abcès

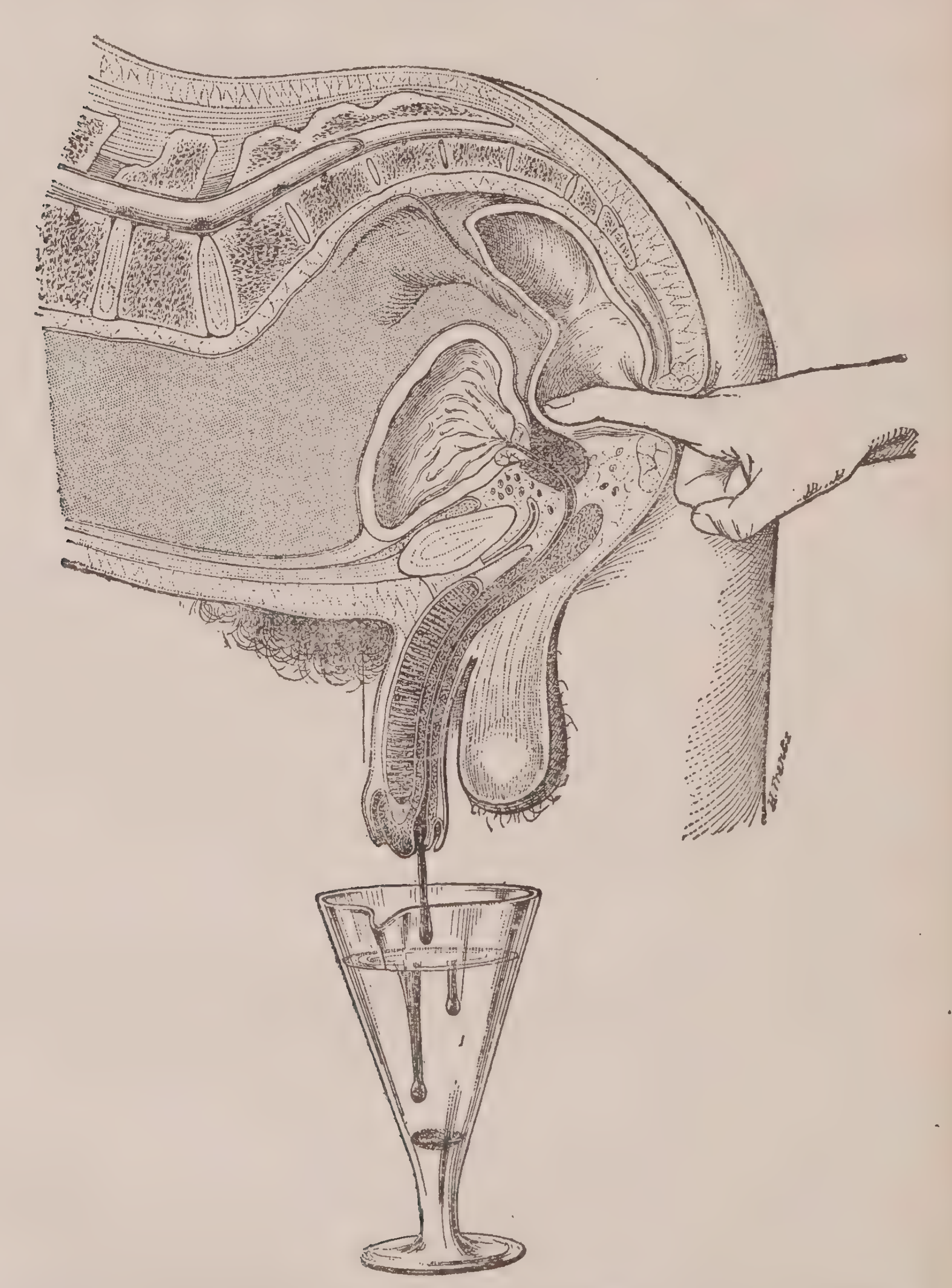


FIG. 20. — Expression de la Prostate (d'après G. LUYS, *loco citato*). — La sécrétion prostatique est recueillie dans un verre à demi rempli d'eau et de cette façon les grumeaux de pus, agités dans le verre, se différencient mieux du liquide prostatique normal qui est opalescent.

autour de l'urèthre ou une cowpérite ; la seconde, pour un bubon et la troisième pour une péritonite.

2º *Lésions concomitantes :* On doit s'attendre à une épididymite grave chez les sujets porteurs d'un varicocèle volumineux.

La présence d'une hernie rend encore le pronostic plus sévère. C'est dans ces cas, que l'on a vu l'inflammation se propager aux anses intestinales et simuler un étranglement herniaire. D'autres fois, l'intestin devient irréductible, par suite des adhérences qu'il contracte avec le testicule.

Enfin, on peut voir éclater des accidents péritonéaux redoutables, lorsque la tunique vaginale communique avec le péritoine. On a même cité des cas de mort.

Heureusement, les anomalies de siège, aussi bien que les lésions de voisinage, sont rares. Elles méritent cependant d'être connues pour se mettre en garde contre des méprises, qui, autrement, risqueraient d'être fatales.

Diagnostic de l'épididymite blennorrhagique.

Dans la plupart des cas, ce diagnostic est aisé. Il découle des deux signes fondamentaux suivants :

1º Un écoulement uréthral qu'il faut savoir souvent dépister, tant il est minime. Il ne manque pas en effet de malades, qui depuis longtemps se croyant libérés, n'en conservent pas moins une goutte minuscule, qu'une pression attentive du canal, le matin avant la miction, est seule en état de révéler.

2º L'apparition brusque d'un gonflement unilatéral douloureux du scrotum.

Les difficultés dépendent, soit d'une symptomatologie quasi fruste, soit de la coïncidence d'un vieil écoulement avec des maladies non gonococciques, capables de produire des épididymites analogues objectivement à celles de la blennorrhagie vraie.

Pour éviter la première cause d'erreur, il faut se rappeler l'indolence presque complète, chez quelques malades, de l'orchi-épididymite. Celle-ci ne s'accuse en effet que par un sentiment incommode de pesanteur et une légère exagération de la sensibilité des parties.

C'est en éliminant successivement toutes les maladies susceptibles de provoquer une atteinte de l'épididyme, et dont nous indiquerons dans un instant les points de repère que l'on arrivera à rattacher les symptômes à leur véritable origine, en dépit de leur bénignité apparente.

S'agit-il au contraire de la coexistence d'une blennorrhagie ancienne avec une affection à participation épididymaire, le diagnostic ne pourra surgir que d'un examen minutieux de tout l'être et d'une notion précise des antécédents pathologiques du sujet.

Et d'abord, la localisation, pour ainsi dire exclusive, de la phlegmasie dans l'épididyme et non dans le testicule, au cours de la blennorrhagie, permet de séparer d'une part, les épanchements, qui produisent le gonflement des bourses, de l'autre les maladies, qui envahissent surtout le testicule touchant à peine l'épididyme et provoquant par conséquent une orchite véritable.

HÉMATOCÈLE En fait de tumeur scrotale, pouvant simuler l'épididymite blennorrhagique, je ne vois guère que l'hématocèle testiculaire.

Dans les deux cas, le début est également brusque. Mais les conditions d'apparition sont bien différentes. L'hématocèle résulte d'un traumatisme direct et immédiat. Dans l'épididymite au contraire, on ne relève aucune violence extérieure.

Dans l'hématocèle, au début, la peau des bourses est d'un noir foncé, par le fait de l'épanchement sanguin dans les tuniques du scrotum. On constate une tumeur empâtée fluctuante, révélant à la pression une crépitation, due au déplacement du sang épanché. Plus tard, lorsque celui-ci est résorbé et que l'exploration du testicule est devenue possible, on trouve la glande séminale dure, gonflée, offrant des bosselures irrégulières et souvent très douloureuse. Il est possible de la séparer de l'épididyme dont la forme et les rapports sont restés normaux.

Dans l'épididymite blennorrhagique, la peau n'est pas noirâtre, mais simplement rouge. L'empâtement du scrotum est exceptionnel. Ce n'est pas enfin le testicule, qui est envahi

et douloureux, mais seulement l'épididyme, dont la palpation revèle nettement la localisation phlegmasique.

Il suffit donc d'un peu d'attention pour distinguer l'hématocèle, limitée au testicule, de l'épididymite blennorrhagique.

Orchites infectieuses

Des considérations analogues permettent de séparer celle-ci des orchites infectieuses, provoquées par la variole, la fièvre typhoïde, les oreillons, le rhumatisme. Il est clair qu'en l'absence de toute blennorrhagie, le doute n'existe pas. Mais dans l'hypothèse d'une coïncidence, c'est encore l'état du testicule qui assure le diagnostic.

Les affections microbiennes attaquent presque exclusivement la glande séminale et touchent fort peu l'épididyme, dont on reconnaît par la palpation la configuration à peu près normale.

Orchi-épididymite traumatique

Si le traumatisme est la cause directe de l'épididymite, alors même qu'il existerait une blennorrhagie ancienne, le diagnostic en est facile. La coloration noirâtre des bourses, aidée des commémoratifs, mettront immédiatement sur la bonne voie.

On a signalé aussi une variété d'orchite, dite par effort. Il n'est peut-être pas impossible que des mouvements violents et la contraction brusque du crémaster puissent la déterminer. Mais le médecin doit toujours se méfier des récits du malade, qui souvent cherche à dissimuler une aventure ancienne, jugée par lui compromettante. Dans les cas de ce genre, le canal doit être minutieusement examiné et le véritable corps du délit sera ainsi le plus souvent découvert.

Tuberculose du testicule

La tuberculose du testicule peut ressembler, quand elle n'est encore qu'au début, à une épididymite blennorrhagique, surtout si elle affecte un caractère aigu ou subaigu. L'erreur même est très difficile à éviter, quand il coexiste une blennorrhagie récente ou ancienne et que les autres parties de la zone génito-urinaire ne sont pas encore envahies. On peut en effet se trouver en présence d'une épididymite simple,

à forme pseudo-tuberculeuse, signalée par le professeur Fournier.

Sans doute, il faudra tenir compte de l'état général du sujet, de ses antécédents héréditaires. Mais, avouons-le, ces renseignements sont précaires. Aussi doit-on d'abord combattre les phénomènes inflammatoires et réserver son diagnostic. Plus tard, apparaîtront des signes objectifs, qui permettront de dissiper tous les doutes.

Après la sédation des symptômes phlegmasiques, l'exploration de l'épididyme ne fournit pas les mêmes renseignements lorsque le processus qui s'y localise, relève de la blennorrhagie simple ou de la tuberculose.

Dépend-t-il de l'imprégnation gonococcique, l'induration consécutive à l'état aigu reste le plus souvent localisée à la queue de l'épididyme, dont on peut reconnaître l'anse terminale, elle est en outre unilatérale.

Dans la tuberculose au contraire, on découvre par la palpation des bosselures, plus ou moins volumineuses, échelonnées dans toute la longueur de l'épididyme et même du canal déférent. La grosseur en particulier, qui siège à la queue, se présente sous la forme d'une masse, qui empêche de distinguer l'anse formée par le canal épididymaire à son contact avec le testicule. Enfin, les lésions sont souvent bilatérales.

L'introduction de l'index dans le rectum, en permettant de sentir des nodosités dans la prostate et les vésicules séminales, confirme encore le diagnostic sans qu'il soit nécessaire d'attendre le ramollissement des noyaux bacillaires, les fistules consécutives et l'envahissement des poumons.

Syphilis du testicule

Lorsque la syphilis envahit l'épididyme, le processus plus fréquent à l'époque tertiaire peut cependant apparaître dès la phase secondaire.

A cette période, s'il s'agit de la forme aiguë de l'épididymite et que le sujet soit atteint simultanément de blennorrhagie et de vérole, le diagnostic n'offre pas de difficulté, attendu que dans la phlegmasie d'origine gonococcique, l'invasion est brusque et la lésion, immédiatement douloureuse, tandis que dans l'épididymite spécifique, le début est insidieux. Il n'y a pas de douleur, même à la pression, pas de troubles

fonctionnels et ce n'est que par hasard que le malade découvre la lésion dont il est porteur.

Mais la confusion est possible, lorsqu'il n'existe plus qu'un reliquat scléreux, témoin d'une épididymite antérieure et capable de persister parfois indéfiniment.

Ici, les commémoratifs ne sont d'aucune utilité. Car il ne manque pas de sujets qui ont subi les atteintes de la syphilis et de la blennorrhagie.

Le diagnostic repose sur les deux considérations suivantes : la localisation de la lésion ; l'épreuve thérapeutique.

L'induration blennorrhagique occupe la queue de l'épididyme ; la sclérose spécifique siège à la tête.

Il y a malheureusement des exceptions et les deux peuvent occuper le sommet du canal épididymaire, de sorte que, dans ces cas, c'est l'épreuve thérapeutique seule qui permet de trancher la question. La médication iodo-mercurielle, souveraine dans la spécificité, est impuissante contre la séquelle gonococcique.

Au cours du tertiarisme, le diagnostic est moins embarrassant. Indépendamment du début insidieux et de l'indolence de la lésion, caractères communs avec l'épididymite spécifique secondaire, la palpation indique que le testicule est seul envahi dans la plupart des cas. Lorsque l'épididyme participe à la lésion, les signes objectifs prédominent de beaucoup au niveau de la glande séminale. Celle-ci a doublé et même triplé de volume. A la main, qui l'explore, elle donne la sensation d'un galet, enchâssé dans le scrotum, tant elle est dure. Enfin, il n'est pas rare de constater, à la surface de l'albuginée, des plaques minces, consistantes, qui simulent un véritable blindage. Parfois, l'affection est bilatérale; dans ces cas, les deux testicules sont pris successivement. Cet ensemble symptomatique suffit, sans qu'il soit besoin de recourir aux spécifiques, pour éclairer le médecin.

TUMEURS DU TESTICULE

Le diagnostic différentiel entre l'orchi-épididymite blennorrhagique et les tumeurs du testicule, bénignes ou malignes, ne nous arrêtera pas, alors même qu'elles se développent dans le cours d'une blennorrhagie chronique.

Leur accroissement lent, insidieux, ne produisant au début qu'une sensation de gêne et de pesanteur testiculaire, les

distinguera d'emblée de l'explosion subite et douloureuse de l'épididymite gonococcique.

Lorsqu'il existe une ectopie testiculaire, nous avons déjà indiqué les lésions capables de causer une méprise.

CRYPTORCHIDIE INGUINALE

Nous devons ici une mention à la cryptorchidie inguinale, due à la blennorrhagie Les vomissements réflexes, l'état général grave qui l'accompagnent, pourraient faire croire à une hernie inguinale étranglée, d'autant qu'une hernie congénitale accompagne souvent l'ectopie testiculaire. Dans les cas de ce genre, il faut administrer un purgatif énergique. Si, au bout de 4 à 5 heures, l'absence de selles démontre que l'intestin n'est pas libre, on doit conclure à une hernie et mettre le malade entre les mains d'un chirurgien.

Traitement de l'orchi-épididymite blennorrhagique.

Quel doit être le traitement de l'épididymite blennorrhagique?

Les remèdes, tant externes qu'internes, destinés à combattre cette complication, abondent. Dans ces dernières années même, on a proposé des opérations chirurgicales, douloureuses et compliquées, qui ne peuvent entrer dans la pratique courante.

Quel que soit le procédé mis en œuvre, l'auteur a toujours poursuivi un double but : calmer la douleur et amener la résolution aussi promptement que possible.

Dans ce but, on a prôné, comme médicaments internes, l'anémone pulsatile et le salicylate de soude ; comme remèdes externes : le gaïacol, l'acide phénique à 1 /50e, le salicylate de méthyle, les applications chaudes, sous forme de compresses trempées dans l'eau à 55°, la glace, le stypage, à l'aide d'un tampon d'ouate, imprégné de chlorure de méthyle, les injections épidurales, les boues radioactives, enfin la simple compression ouatée ou ouato-caoutchoutée, voire le repos exclusivement.

Quant aux procédés chirurgicaux, ils consistent en ponctions, en incisions de l'épididyme, en injections d'électrargol dans le foyer inflammatoire.

Il faut bien reconnaître que ces diverses méthodes, plus ou moins compliquées, n'ont pas donné de résultats sensiblement supérieurs aux vieux remèdes classiques, qu'il importe de rappeler.

Notons d'abord, qu'il ne peut y avoir, pour combattre l'épididymite blennorrhagique, une médication uniforme. Nous avons décrit plusieurs types cliniques. Chacun de ces types réclame des moyens appropriés.

Aussi, au point de vue thérapeutique, distinguerons-nous l'épididymite aiguë ordinaire, la forme suraiguë, la forme subaiguë, l'épididymite double, enfin les modalités qui résultent de l'ectopie testiculaire.

1° ÉPIDIDYMITE AIGUË ORDINAIRE

a) Traitement de l'épididymite aiguë vulgaire.

Il peut être résumé de la façon suivante :

1° Cesser le traitement dirigé contre la blennorrhagie ;

2° Mettre le malade au lit, dans le repos absolu, en lui recommandant de tenir les bourses relevées, soit à l'aide d'une serviette éponge, massée en forme de coussin et placée entre les cuisses, soit à l'aide d'une planchette de bois échancrée ;

3° Appliquer sur le scrotum et la région du cordon un large cataplasme de farine de lin bien fraîche et le recouvrir d'un taffetas gommé, pour qu'il garde sa température et son humidité.

Trois cataplasmes dans les 24 heures suffisent : un pour la matinée, un deuxième pour l'après-midi, un troisième pour la nuit.

On a mené dans ces dernières années et on mène encore aujourd'hui une campagne contre ce topique, prétendant qu'il est malpropre et constitue, pour les microbes, un excellent milieu de culture. Ces reproches sont notablement exagérés. Aucun de ces inconvénients n'existe quand la farine est très fraîche et bien contenue par une tarlatane, de façon à empêcher les grains de traverser les mailles et de se coller sur la peau des bourses, qu'ils pourraient irriter en se desséchant. Si d'ailleurs, ce petit inconvénient se produisait, il n'y aurait qu'à en libérer les téguments par un simple lavage d'eau bouillie tiède.

J'affirme que ce pansement simple est excellent pour calmer la douleur et réduire la tuméfaction. En moins de 4 à 5 jours, ce double résultat est acquis dans l'immense majorité des cas.

Si l'on tenait absolument à un topique moins gras et plus propre, on pourrait recourir à l'ouataplasme. Mais celui-ci est moins émollient et moins actif contre les symptômes fondamentaux de la maladie.

4° Faire prendre au patient, tous les deux jours, un grand bain tiède, d'une heure de durée ;

5° Alternativement, un purgatif, à l'aide d'un verre ou d'un demi-verre à bordeaux d'eau de Rubinat ;

6° Continuer strictement la diététique prescrite contre la blennorrhagie et ne boire aux repas et entre les repas que du lait ou de la tisane de graines de lin.

Quand peut-on permettre au malade de se lever? Il faut attendre que l'épididyme ne soit plus douloureux, soit à l'occasion d'un effort, tel que la toux, soit à la pression, soit à la marche. Que le patient n'oublie pas surtout, dès qu'il descendra du lit, d'appliquer un suspensoir, muni de sous-cuisses et bien garni d'ouate à l'intérieur. Cette ouate exerce une légère compression et tend à favoriser la résolution, restée incomplète, ainsi qu'en témoigne le noyau de la queue de l'épididyme, lorsque le sujet est en état de reprendre la vie ordinaire.

C'est aussi le moment de revenir à la médication interne et il ne faut recourir aux lavages que si celle-ci échoue, après l'avoir tentée, pendant une quinzaine de jours environ.

Toutes ces précautions sont nécessaires, si l'on veut éviter une récidive et des lavages trop précoces pourraient y prédisposer. Or une nouvelle épididymite est d'autant plus à craindre, qu'elle rend encore plus problématique dans l'avenir le fonctionnement de l'organe atteint.

2° ÉPIDIDYMITE SURAIGUË

b) Traitement de l'orchi-épididymite suraiguë.

Combattre la douleur est l'indication formelle. Celle-ci peut être causée, soit par la violence de la phlegmasie épididymaire, soit par une vaginalite concomitante.

Aucun remède ne répond mieux à la première sommation

qu'une large application de sangsues le long du cordon, immédiatement au-dessus du testicule et dans la région inguinale. Il ne faut pas craindre d'en poser 15 ou 20 après avoir rasé et bien savonné le tégument. On prendra surtout la précaution d'éviter la portion du scrotum qui répond à la glande séminale. Autrement des infiltrations sanguines et même de petites plaques de gangrène pourraient se produire.

Après la chute des sangsues, le sang sera enlevé à l'aide d'une solution de sublimé à 1/2000e et la région recouverte d'un gâteau d'ouate hydrophile aseptique, que l'on comprimera légèrement, si l'écoulement sanguin n'est pas arrêté.

Grâce à cette déplétion abondante, la douleur se calme au bout de quelques heures. Le traitement sera continué par l'application de compresses trempées dans l'eau boriquée tiède et recouvertes d'un taffetas gommé. A la première sensation de sécheresse, elles seront renouvelées.

A cause des piqûres de sangsues, il faut s'abstenir de cataplasmes. Ce topique risquerait d'irriter les parties et de provoquer une nouvelle émission sanguine.

La tunique vaginale n'est à ponctionner que dans le cas où l'épanchement est considérable et augmente sensiblement la douleur.

Voici la technique à suivre :

Il est nécessaire, d'abord, de repérer, par la palpation, la position du testicule. Normalement, la glande est située en arrière, en bas et en dedans. Mais il faut se méfier de l'inversion antérieure et agir en conséquence.

Le siège déterminé, on aseptise la région par un savonnage, suivi d'un lavage au sublimé à 1/1000e. Puis, prenant un bistouri droit et bien piquant, on ponctionne en un point qui n'expose pas à la blessure du testicule. Pour être bien maître de la profondeur à laquelle doit pénétrer la lame, on saisit l'instrument entre le pouce et le médius à un centimètre de la pointe. Les doigts servent d'arrêt et de la sorte il est impossible de léser la glande séminale.

Quand le liquide s'est écoulé, la piqûre est recouverte d'une mince couche d'ouate hydrophile, que l'on maintient en la badigeonnant de collodion riciné.

Sous l'influence de la ponction, la douleur cesse presque immédiatement et le malade peut enfin goûter le repos.

Le reste de la cure consistant en : bains, purgatifs et régime, doit être le même que précédemment.

3° ÉPIDIDYMITE SUBAIGUË

c) Traitement de l'orchi-épididymite subaiguë.

Sans doute, on peut appliquer à cette forme la médication de l'épididymite aiguë. Mais il y a des malades que leurs occupations empêchent de garder le lit. Force est donc de recourir à un traitement ambulatoire. Celui-ci est possible à l'aide d'un suspensoir imaginé par Horand, ancien chirurgien de l'Antiquaille de Lyon.

Ce bandage se compose :

1° D'une couche d'ouate ;

2° D'un morceau de toile caoutchoutée, percée d'un trou pour le passage de la verge ;

3° D'une poche en toile de forme triangulaire.

Les angles supérieurs de cette poche sont munis de deux longues brides, qui forment une ceinture. La pointe inférieure porte deux autres brides, servant de sous-cuisses. Les bords latéraux offrent une large échancrure. De chaque extrémité de cette échancrure part un lacet, qui, noué à son congénère, permet de rétrécir plus ou moins l'appareil.

Pour le placer, on relève les bourses sur le pubis; puis on applique successivement le coton, la toile imperméable et enfin le suspensoir que l'on fixe avec les brides. Il ne reste plus qu'à serrer plus ou moins les lacets latéraux, suivant le volume des parties.

Le suspensoir doit être laissé en place jour et nuit, pendant environ une semaine. Il y a lieu toutefois de le desserrer un peu pendant la nuit.

Son action est immédiatement efficace. Le malade, qui ne pouvait marcher sans douleur, est capable de vaquer à ses occupations, de faire des courses assez longues et même de se tenir à cheval.

Dès que l'épididyme n'est plus douloureux, on supprime le bandage pendant la nuit, mais on le garde le jour. Par la compression qu'il exerce, la sudation qu'il provoque, il favorise la résorption des exsudats.

d) Traitement de l'orchi-épididymite double.

4° ORCHI-ÉPIDIDYMITE DOUBLE

Cette forme ne comporte pas d'indications spéciales. C'est elle cependant qui réclame le plus, en raison de l'étendue du processus inflammatoire, l'application de sangsues *larga manu*, les bains prolongés, les émollients de toutes sortes et les purgatifs.

e) Traitement des modalités dues aux ectopies testiculaires.

5° ECTOPIES TESTICULAIRES

En général, ces formes s'accompagnent de phénomènes inflammatoires intenses et lorsque la glande séminale siège dans le canal inguinal ou l'abdomen, on peut voir apparaître des accidents péritonéaux.

Là encore, les sangsues, au niveau ou dans le voisinage de la région malade, seront d'une grande utilité. On les fera suivre de l'application d'une vessie de glace, en prenant la précaution de séparer celle-ci, par une compresse, des téguments atteints. Enfin, l'on se trouvera bien de joindre à la réfrigération les onctions d'onguent napolitain belladoné.

Peut-on espérer la résorption complète des infiltrats chroniques qui occupent la queue de l'épididyme et parfois les éléments du cordon?

La réponse est surtout importante, lorsqu'il s'agit d'une épididymite double, suivie dans la règle, ai-je déjà dit, de stérilité.

A l'heure actuelle, médecins et chirurgiens s'évertuent à prévenir ce désastre.

MM. de Beurmann, Régnauld et Cottin (Soc. des Hôp. 24 mai 1912 et 23 mai 1913) prétendent, qu'en traitant l'épididymite aiguë par des applications de boues radioactives, ils obtiennent, en quelques semaines, la disparition complète du noyau épididymaire, au point de ne plus reconnaître le siège de la lésion.

Ces louables efforts doivent être continués. Mais leurs observations ne sont pas assez nombreuses pour en tirer des conclusions fermes.

Les chirurgiens, de leur côté, proposent d'anastomoser le renflement supérieur de la tunique albuginée du testicule ou corps d'Hygmore avec le canal déférent. Cette tentative jusqu'ici n'a pas été couronnée de succès. Il faut néan-

moins persévérer, les essais étant jusqu'ici trop restreints pour juger la valeur de la méthode.

IX. — Vésiculite ou spermato-cystite.

L'inflammation des vésicules séminales au cours de la blennorrhagie est plus fréquente qu'on est disposé à le croire. Elle constitue une complication sérieuse, délicate à traiter et parfois difficile à guérir.

Elle peut être unie ou bilatérale.

Les causes qui la provoquent sont assez mal connues. Une des plus fréquentes, d'après M. le Dr Luys, est le coït, continué au début de la blennorrhagie.

Les premiers symptômes qui permettent de dépister l'existence d'une vésiculite comprennent des phénomènes subjectifs et des troubles fonctionnels :

SYMPTÔMES

1° *Phénomènes subjectifs :* Au cours d'une blennorrhagie, souvent déjà très réduite, les malades ressentent une douleur vague dans le périnée, au bas-ventre ou à la région lombaire. Ces douleurs s'exagèrent pendant la défécation et irradient le long de l'urèthre et dans les testicules. Elles prennent quelquefois le caractère de véritables coliques, qui peuvent faire croire à une appendicite, ou à la lithiase rénale. Elles affectent encore, dans certains cas, la forme de crampes, qui partant de la profondeur du canal, se prolongent le long du pénis ou vers l'anus.

2° *Troubles fonctionnels :* Ils consistent en érections et surtout en pollutions douloureuses.

Souvent le sang est mêlé au sperme, dont la couleur devient rouillée et même noirâtre, lorsque le liquide hématique est excrété en abondance.

Il peut exister en même temps des phénomènes de cystite, c'est-à-dire des mictions très fréquentes et de la pollakiurie.

Mais, en réalité, les véritables symptômes de la vésiculite blennorrhagique reposent sur les signes physiques, c'est-à-dire l'état des urines et les résultats de la palpation.

Si l'on fait uriner le malade dans plusieurs verres, on constate que l'urine est très trouble et habituellement riche en phosphates, ce dont on peut s'assurer en chauffant un tube à expérience et en voyant le liquide s'éclaircir rapidement.

Quoiqu'il en soit, le véritable critérium diagnostique est fourni par la palpation.

Pour la faciliter, le malade incline le tronc en avant et appuie les deux mains sur une chaise, en face du médecin.

Celui-ci, en introduisant l'index dans le rectum, reconnaît d'abord et délimite exactement les lobes de la prostate, puis, au-dessus d'eux, il découvre les deux vésicules séminales, qui, à l'état normal, ne sont ni sensibles pour le malade, ni perceptibles au toucher. Mais viennent-elles à être enflammées, on sent une saillie allongée, s'étendant obliquement de dedans en dehors, au-dessus d'une des cornes de la prostate.

Cet examen doit être fait avec la plus grande douceur. Car le palper digital est toujours très douloureux et expose même le malade à une syncope. Il n'est pas rare non plus d'observer des accès de fièvre violents, dus à des manœuvres tant soit peu brusques.

D'ailleurs, qu'il s'agisse de souffrances provoquées ou non, l'état général est plutôt mauvais. Le facies est pâle, l'appétit perdu et le patient éprouve une sensation de fatigue générale.

Marche et terminaison

La durée de la vésiculite blennorrhagique est toujours longue. Il faut bien compter deux mois au moins dans les cas les plus favorables.

Le pronostic doit être réservé. Sans doute, cette complication est le plus souvent bénigne, mais il n'en est pas toujours ainsi.

La phlegmasie peut aboutir à un abcès et celui-ci s'ouvrir soit dans l'urèthre, la vessie et le rectum, soit dans la cavité péritonéale, où il est capable de provoquer une péritonite mortelle.

La vésiculite gonococcique, quand elle se prolonge, détermine parfois d'autres accidents, dont il importe d'être prévenu. On assiste par exemple, de temps en temps, à des crises, ressemblant trait pour trait à de véritables coliques néphrétiques, dues soit à une pyélite par propagation, soit

à une compression de l'uretère par la tuméfaction de la vésicule ou des parties adjacentes.

COMPLICATIONS

Il y a lieu de s'occuper également des complications qui fréquemment s'ajoutent à la vésiculite. Il n'est pas rare en effet de constater soit une déférentite, soit une épididymite.

La déférentite en particulier est susceptible de provoquer des phénomènes d'irritation du côté du péritoine. On observe alors des hoquets, des nausées, des vomissements et un état fébrile pouvant faire croire à l'existence d'une appendicite.

En pareille occurrence, il ne faut pas oublier d'explorer le canal déférent, que l'on trouvera transformé en un cylindre dur, sensible, faisant saillie à l'orifice du canal inguinal.

TRAITEMENT

Le traitement de la vésiculite blennorrhagique diffère suivant que celle-ci est aiguë ou chronique.

Dans les cas aigus, il faut prescrire le repos au lit, de grands bains tous les deux jours ou des bains de siège quotidiens ; chaque jour également, un lavage uréthro-vésical avec une solution faible de permanganate, matin et soir; enfin une irrigation rectale très chaude, c'est-à-dire à 40° au moins.

Le massage des vésicules séminales doit être interdit, non pas seulement à cause des douleurs qu'il provoque et des accès fébriles dont il peut être la cause, mais en raison des dangers d'une infection sanguine générale.

C'est au contraire le traitement par excellence de la vésiculite chronique quand les phénomènes aigus ont cédé et qu'il ne persiste plus que les signes physiques. On commence par introduire dans la vessie une solution faible de permanganate, puis on comprime la glande pendant 2 à 3 minutes avec l'index. Le malade urine ensuite et le liquide, en s'écoulant, entraîne le pus chassé de la glande par le massage.

Cette opération doit être continuée jusqu'à ce que l'induration et la douleur aient complètement disparu, l'urine enfin ne doit plus charrier de débris purulents.

Pour éviter le désagrément de l'introduction du doigt dans le rectum, Feleki a imaginé un instrument masseur, qui aurait l'avantage de le remplacer. Tel n'est pas notre avis. Aucun appareil ne peut remplir l'office des manœuvres

digitales, qui seules règlent le degré de force à donner à la compression glandulaire et permettent d'apprécier exactement les transformations curatives.

Il y a des cas, néanmoins, où le massage méthodique ne parvient pas à désobstruer les canaux éjaculateurs et à procurer la guérison.

C'est alors que sont tentées diverses opérations chirurgicales, telles que : la vésiculotomie, la vésiculectomie, la vasotomie, le cathétérisme des canaux éjaculateurs.

Je me borne ici à indiquer ces interventions spéciales. Il s'agit, en effet, de procédés très délicats, ne pouvant être essayés que par des chirurgiens tout à fait exercés et n'entrant pas, par conséquent, dans les moyens de la pratique courante.

CHAPITRE VIII

COMPLICATIONS CHEZ LA FEMME

Si l'on ne veut comprendre dans la Blennorrhagie de la femme, que l'imprégnation par le gonocoque de la vulve et du vagin, nous avons le droit de dire que nous avons déjà décrit plusieurs des complications de la maladie, telles que : l'inflammation des glandes de Bartholin, l'uréthrite et l'endométrite, tant cervicale que totale.

Mais leur fréquence est si grande dans le cours de la vulvo-vaginite, qu'il n'aurait pas été logique de les distraire de l'ensemble symptomatique de cette double localisation.

Le nombre de celles qu'il nous reste à exposer et dont le sexe féminin est exclusivement tributaire se trouve donc, de ce fait, assez restreint.

Prenant pour base leur gravité, nous les diviserons en deux catégories : celles que l'on peut considérer comme légères et momentanées ; celles, au contraire, redoutables par leur durée et leurs conséquences.

Dans la première catégorie, nous rangerons : les lymphangites et les abcès des grandes et petites lèvres, puis les collections purulentes du vagin.

La seconde comprendra l'oophoro-salpingite et la pelvi-péritonite.

Nous ajouterons enfin aux complications chez la femme la Blennorrhagie ano-rectale.

I. — Lymphangites et abcès des lèvres.

SYMPTÔMES ET MARCHE

Cet accident n'advient guère que chez les femmes qui n'ont aucun souci de la propreté.

On voit alors survenir un gonflement œdémateux des grandes et petites lèvres. Puis celles-ci se recouvrent de traînées rougeâtres, qui les parcourent en divers sens et

donnent, quand on les palpe, la sensation de cordons durs, moniliformes et douloureux à la pression.

Sous l'influence du repos, des bains de siège ou des grands bains, de l'application permanente de compresses, imprégnées d'eau bouillie ou boriquée tiède, cette lymphangite disparaît rapidement.

Mais si la malade tarde à intervenir et continue à se négliger, une collection purulente risque de se développer dans l'une ou l'autre des grandes lèvres. Quoiqu'il en soit, dès que l'on constate la fluctuation, il faut se hâter d'ouvrir. Autrement des cicatrices vicieuses seraient à craindre.

Après l'évacuation du pus, la cavité sera lavée avec la liqueur de Van Swieten, et la paroi modifiée à l'aide d'une solution de chlorure de zinc à 1/10e. Enfin, l'opérateur favorisera le bourgeonnement en maintenant l'ouverture béante, au moyen d'une mèche de gaze iodoformée, que l'on fixera par un bandage en T.

DIAGNOSTIC DE L'ABCÈS DES GRANDES LÈVRES

Il ne faut pas confondre l'abcès des grandes lèvres avec celui des glandes de Bartholin. Ce dernier est plus profond et siège dans le sillon qui sépare les petites lèvres des caroncules myrtiformes.

On commettrait aussi une grosse erreur, en prenant pour un abcès l'œdème dur, qui accompagne si souvent le chancre syphilitique de la grande lèvre. A part que la fluctuation n'existe pas, on évitera facilement la méprise, en écartant les lèvres l'une de l'autre et en explorant attentivement la partie tuméfiée. Il sera alors très aisé de découvrir, siégeant habituellement à la partie inférieure, une perte de substance, présentant tous les caractères du chancre huntérien.

II. — Abcès des parois du vagin.

SYMPTÔMES ET MARCHE

Sans doute, cette complication est très rare. Il importe de savoir cependant qu'elle est possible dans les cas de vaginite suraiguë. Comment en soupçonner l'existence? car le toucher vaginal est impraticable, tant la douleur est vive.

On possédera des indices sérieux, si les souffrances deviennent pulsatiles, irradient vers les aines, l'hypogastre et le rectum et s'exaspèrent dans l'acte de la défécation. Il faudra

alors introduire très doucement dans le vagin le doigt, enduit de vaseline stérilisée, et l'on sentira une saillie fluctuante. Celle-ci sera incisée sans retard par sa partie déclive et la poche, lavée, matin et soir, avec une solution de sublimé à 1/2000e.

Si l'on tardait à intervenir, il serait à redouter que le pus fusant le long des parois du vagin, les disséquât pour ainsi dire et vînt s'ouvrir dans le rectum. Inutile d'insister sur les complications graves que ce mode de terminaison pourrait entraîner.

III. — Oophoro-salpingites ou salpingo-ovarites.

Étiologie. Des causes nombreuses, qui peuvent engendrer cette complication, la Blennorrhagie est la plus ordinaire. Sa fréquence avait déjà été signalée par Ricord et Bernutz. Les travaux de ces auteurs ont été confirmés par les gynécologues contemporains. C'est presque toujours à la suite de l'inoculation d'un vieil écoulement chez l'homme, que la maladie envahit successivement l'utérus, la trompe et les ovaires.

Ainsi se trouvent infectées un trop grand nombre de jeunes mariées, dont les fatigues, attribuées au voyage de noce, ne relèvent pas d'une autre étiologie. Le médecin fera donc bien de se méfier, lorsqu'il se trouvera en présence d'une nouvelle épouse, dont l'état de dépression générale sera hors de proportion avec l'effort nécessité par les distances parcourues.

Symptômes. Quels sont les signes qui permettent de reconnaître l'oophoro-salpingite, catarrhale ou purulente, kystique ou non kystique?

Ils consistent en phénomènes sensitifs, troubles fonctionnels, signes physiques et altération de l'état général.

1° *Phénomènes sensitifs.* — La malade accuse une douleur, dont le siège de prédilection occupe le milieu d'une ligne, allant de l'épine iliaque antéro-supérieure au pubis. Cette douleur irradie en bas, vers les cuisses, en haut vers l'épigastre, et provoque parfois de la gastralgie et des vomissements.

Dans quelques cas surviennent de véritables coliques, que l'on a appelées salpingiennes et qui se terminent, de temps à autre, par l'évacuation d'une certaine quantité de pus.

2° *Troubles fonctionnels.* — La Ménorrhagie est un symptôme à peu près constant. Mais on peut observer aussi de longues périodes d'aménorrhée. En somme, il existe de grandes irrégularités dans la menstruation.

3° *Signes physiques.* — La pression de l'abdomen au niveau des annexes, le toucher vaginal et rectal éveillent une douleur plus ou moins vive.

Cette douleur est exagérée si l'on comprime entre les deux mains appliquées sur le ventre l'ovaire enflammé. On sent alors une tumeur égale parfois au volume d'une petite orange et répondant aux ligaments larges.

Le toucher vaginal ou rectal augmente encore les souffrances de la malade. Pour l'examen par le vagin, il faut suivre les règles édictées par Schultze.

Veut-on explorer l'ovaire et la trompe du côté droit, on introduit l'index de la main droite presque dans le cul-de-sac postérieur, que l'on trouve un peu effacé et résistant, tandis que la main gauche est appuyée sur l'abdomen. Pour l'ovaire et la trompe du côté opposé, c'est l'inverse. La patiente est couchée sur le dos, les genoux relevés et les cuisses tournées en dehors. Dans cette position, le muscle psoas se trouve tendu. On suit d'abord, comme point de repère, son bord interne jusqu'au détroit supérieur ; puis on dirige en dedans vers la corne de l'utérus le doigt explorateur.

Celui-ci sent alors une tumeur, grosse environ comme une amande, dont il est possible d'apprécier les détails, en la saisissant entre l'index et la main, qui palpe l'abdomen.

Le toucher rectal donne des renseignements non moins importants. Il permet de découvrir le long de la paroi antérieure du rectum une saillie douloureuse, qui devient encore plus nette, quand il existe de la périsalpingite et que l'on combine à la fois le toucher vaginal et rectal. D'autres fois, surtout dans l'oophoro-salpingite chronique, c'est un gros cordon résistant, immobilisé par des adhérences aux côtés du bassin.

4° *Etat général.* — Dans beaucoup de cas, il existe de la fièvre, ou tout au moins, par moments, des accès fébriles, justifiés par la métrite, compagne habituelle de la salpingo-ovarite. Si la température s'accroît brusquement et se maintient à un taux élevé, il y a lieu de soupçonner la purulence des lésions, surtout s'il s'agit d'une blennorrhagie récente.

Durée de la salpingo-ovarite.

La durée de l'oophoro-salpingite aiguë est au moins de deux septénaires ; mais quand elle passe à l'état chronique, ce qui malheureusement n'est que trop fréquent, elle peut durer des mois, voire des années et rendre la femme en quelque sorte infirme.

Cette durée si différente de la salpingo-ovarite indique que les modes de terminaison doivent être très variables.

Modes de terminaison.

Si la maladie en effet peut aboutir à une résolution franche et complète, trop souvent elle passe à l'état chronique, causé par les poussées de péri-salpingite, qui se produisent à échéances variables. Il suffit d'une fatigue, d'un écart de régime, pour que l'état s'aggrave. Lorsqu'il en est ainsi, on sent, par le toucher, un empâtement périphérique, dû à l'infiltration du tissu cellulaire sous-péritonéal.

Le plus souvent, la résolution de ces crises est obtenue par une médication appropriée. Mais il faut redouter les rechutes. Celles-ci sont capables de se produire pendant des mois et même des années et se caractérisent par la soudaineté de l'apparition et de la disparition des tumeurs inflammatoires, découvertes dans les culs-de-sac vaginaux.

Il y a un autre mode de terminaison, encore plus redoutable, c'est la suppuration. On a vu en effet des pyo-salpinx s'ouvrir dans le péritoine et causer la mort avec une effrayante rapidité. Pareil accident est heureusement exceptionnel. Lorsque l'orifice utérin de la trompe n'est pas oblitéré, le pus s'écoule par la matrice. Dans le cas, au contraire, où il ne trouve pas issue par cette voie, la poche purulente continue à s'accroître, se rapproche du rectum ou du vagin et s'ouvre, à un moment donné, dans l'un ou l'autre de ces conduits. La perforation du rectum est la plus fréquente, la tumeur gagnant de préférence le cul-de-sac péritonéal recto-utérin. L'issue par cette voie a des symptômes avant-

coureurs, consistant en élancements, ténesme et diarrhée glaireuse.

Plus rarement, le pus se fraye un passage à travers l'uretère ou la vessie. Il peut aussi se répandre, soit dans la fosse iliaque, soit dans le tissu cellulaire prévésical.

Lorsque la vessie est perforée, il se produit des phénomènes de cystite. On a vu enfin le réservoir urinaire et le rectum communiquer par une double ouverture.

Ces divers modes d'évacuation entraînent fatalement des fistules, qui livrent passage à des jets de pus intermittents. Après une poussée fébrile parfois intense, et une exaspération prémonitoire des douleurs, la poche se vide brusquement. Il en résulte un soulagement instantané. On voit des malades, qui semblaient à toute extrémité, renaître à la vie, jusqu'à ce qu'une nouvelle crise les terrasse de nouveau.

Mais à la longue, l'affaiblissement se dessine ; une fièvre hectique apparaît et finalement la mort ne peut être conjurée. Celle-ci est souvent précédée d'une anorexie invincible et l'on rencontre des femmes qui, se trouvant incapables d'accepter le moindre aliment, succombent littéralement d'inanition.

A côté de ce type clinique, en existe un autre, où la fistule ne provoque pas de réaction, mais entraîne un dépérissement général.

La guérison toutefois n'est pas impossible. Mais elle n'est que relative. Les résidus inflammatoires, qui entourent et déplacent l'utérus et les annexes, exposent constamment à des douleurs nouvelles et au retour de poussées phlegmasiques.

Diagnostic différentiel.

Le diagnostic de l'oophoro-salpingite repose sur l'ensemble des signes que nous venons d'exposer. Car si l'on ne s'en rapportait, je suppose, qu'aux troubles sensitifs, des méprises seraient possibles. On risquerait de confondre la maladie avec une névralgie ovarienne ou lombo-abdominale.

1° NÉVRALGIE OVARIENNE

La névralgie ovarienne n'existe guère que chez les hystériques. Elle apparaît spontanément pendant les attaques

et la pression la réveille. Charcot enfin a démontré que la région douloureuse est souvent accompagnée d'anesthésie.

Si, malgré ces caractères, le doute persistait, le toucher vaginal démontrerait que l'ovaire et la trompe ont leur forme et leur direction normales.

2° NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE

C'est également la constatation des signes physiques, qui permet d'écarter l'hypothèse de névralgie lombo-abdominale. J'ajoute qu'un examen attentif du siège de la douleur fournit déjà un indice précieux.

Dans la névralgie lombo-abdominale, l'hyperalgésie siège surtout dans la paroi abdominale, où une pression superficielle suffit pour la réveiller. Dans la salpingo-ovarite au contraire, il faut une pression plus énergique pour la faire naître.

3° MÉTRITE

Y a-t-il lieu de poser le diagnostic différentiel de la phlegmasie tubo-ovarienne et de la métrite?

A vrai dire, cette recherche n'aurait d'autre but que d'indiquer, ou non, la coïncidence des deux affections. En pratique, on peut dire que cette coïncidence est pour ainsi dire constante, avec prédominance, du côté de l'utérus ou des annexes.

Quoiqu'il en soit, lorsque la matrice est atteinte, le toucher vaginal révèle un col, augmenté de volume, altéré dans sa consistance, plus ouvert et donnant au doigt la sensation de velours, lorsqu'il est ulcéré. Quand on presse ses lèvres ou leurs commissures, surtout si celles-ci sont déchirées, on provoque parfois une douleur très vive, que l'on réveille également en faisant basculer le museau de tanche et en imprimant ainsi un mouvement de ballottement à la matrice.

L'examen au spéculum confirme les résultats du toucher. En découvrant la portion vaginale de l'utérus, on constate qu'elle est plus grosse et modifiée dans sa forme. Chez les nullipares, au lieu d'être conique, comme elle doit l'être, elle est cylindrique et chez les femmes, qui ont eu des enfants, elle apparaît renflée en massue ou présentant, s'il y a des déchirures, les configurations les plus diverses. La couleur varie du rouge vif au rouge violacé. Par l'orifice s'écoule

un mucus visqueux, soit franchement purulent, soit panaché de stries purulentes et de filaments sanguinolents.

Les caractères de la sécrétion deviennent encore plus nets, lorsqu'on presse doucement le col avec les valves du spéculum. A ces caractères s'ajoutent souvent des pertes de substance, qui occupent la surface extérieure cervicale. Tantôt, elles sont superficielles et consistent en simples érosions ; tantôt au contraire, elles entament profondément la muqueuse et réalisent de véritables ulcérations, souvent couvertes de saillies granuleuses.

SALPINGO-OVARITES KYSTIQUES ET PÉRISALPINGITES

Les salpingo-ovarites kystiques que l'épanchement soit séreux, purulent ou hématique et les périsalpingites seront reconnues au volume considérable et à la configuration arrondie des tumeurs.

Mais presque toujours, dans les cas de ce genre, le diagnostic est fort embarrassant. La production morbide peut être prise pour un kyste de l'ovaire au début, un kyste intra-ligamentaire, une grossesse tubaire, un corps fibreux de l'utérus et il faut l'intervention d'un spécialiste avisé, pour éviter des erreurs, qui néanmoins peuvent encore se produire.

Traitement de la salpingo-ovarite.

Le traitement de la salpingo-ovarite varie, suivant que l'état est aigu ou chronique et les moyens qu'on lui impose relèvent, soit de la médecine, soit de la chirurgie.

Nous n'indiquerons ici que les moyens médicaux, les seuls qui soient à la portée de tous les praticiens. On ne s'adressera au chirurgien gynécologue que si ces moyens échouent; car il s'agit d'opérations délicates, qui trouvent surtout leur indication dans les collections enkystées, dont la chirurgie seule est en mesure de libérer les malades.

1° ÉTAT AIGU

1° *Traitement médical de la salpingo-ovarite catarrhale aiguë.*

Ce traitement, on peut le dire, se confond avec celui de la métrite. Repos absolu ; matin et soir, une irrigation vaginale d'un à deux litres de guimauve et pavot. Le bock doit être placé à 50 centimètres environ au-dessus du plan du

lit ; grands bains tièdes prolongés : un tous les deux jours, de 3/4 d'heure environ ; purgatifs légers, soit 1/4 ou 1/2 verre d'eau de Rubinat alternant avec le bain.

Si l'état est très aigu, on y joindra, avec avantage, l'application de 10 sangsues dans chaque aine. Les lavements laudanisés ou chloralés trouveront ici également leur emploi : 15 à 20 gouttes de laudanum ou 2 à 3 grammes de chloral hydraté, le soir pour favoriser le sommeil.

Sous l'influence de ces moyens, l'amélioration se produit en général assez rapidement et l'on peut espérer, au bout d'une quinzaine de jours, la restitution *ad integrum*.

Malheureusement, je le répète, les rechutes et le passage à la chronicité ne sont que trop fréquents. Contre cette double éventualité, la médecine n'est pas cependant complètement désarmée.

2° ÉTAT CHRONIQUE

2° *Traitemenl de la salpingo-ovarite chronique.*

A l'instar du précédent, ce traitement ne consiste qu'en moyens externes, que l'on applique, soit isolément, soit simultanément à la peau, au vagin et au rectum.

Sur l'abdomen trois topiques trouvent ici leur emploi :

1° Les enveloppements à l'aide de compresses, trempées dans les eaux-mères de Biarritz ou de Salies de Béarn et recouvertes d'un taffetas gommé, afin de maintenir leur humidité. Ces enveloppements, plutôt tièdes, seront tenus en permanence et renouvelés matin et soir.

2° Les petits vésicatoires, posés successivement au niveau de la région douloureuse.

Chacun de ces révulsifs aura le diamètre d'une pièce de 5 francs en argent. Jusqu'à dessiccation, on en saupoudrera chaque jour la surface avec un centigramme de chlorhydrate de morphine.

Dès que le premier sera sec, on passera à un second et ainsi de suite, tant que les douleurs persisteront.

3° Les pointes de feu, également loco-dolenti.

Elles seront renouvelées chaque semaine. Leur effet est le même que celui des petits vésicatoires.

Il sera toujours avantageux de joindre à ces diverses médications une grande irrigation vaginale, matin et soir, d'eau boriquée chaude.

Après l'irrigation du soir, la malade introduira elle-même, jusqu'au fond du vagin, un ovule composé de glycérine et de tanin, en prenant le soin de le maintenir à l'aide d'un linge semblable à celui qui contient les règles.

Un lavement chaud quotidien ne pourra aussi qu'être favorable.

Si les douleurs sont vives, on l'additionnera d'un gramme d'antipyrine ou de 15 à 20 gouttes de laudanum.

En cas de ténesme rectal, des suppositoires ainsi formulés procureront un réel soulagement :

Poudre d'opium brut..................	0 gr. 10
Extrait de belladone...................	0 gr. 01
Beurre de cacao.........................	3 gr.

Enfin si la fortune de la malade permet une saison aux eaux, on lui conseillera les sources très riches en chlorure de sodium, telles que : Salies de Béarn et Biarritz, Salies du Salat, Salins du Jura, Salins-Moutiers.

On a encore prôné contre la salpingo-ovarite le massage et l'électricité. Mais ces moyens ne sont pas exempts de dangers, surtout s'il existe des collections enkystées, susceptibles de se rompre dans le péritoine.

Quant aux procédés chirurgicaux : curetage de l'utérus, oophoro-salpingotomie, résection partielle de la trompe ou de l'ovaire, castration utéro-ovarienne, ils réclament une maîtrise opératoire et ne doivent être employés qu'après l'échec de tous les autres moyens.

IV. — Pelvi-péritonite.

Que doit-on entendre aujourd'hui par le terme de pelvi-péritonite?

Ne doutant plus à présent que la salpingo-ovarite soit presque toujours le point de départ des lésions, il serait plus exact de leur attribuer le nom de péri-métro-salpingite, proposé par le professeur Pozzi, attendu que les collections morbides siègent soit dans l'épaisseur du ligament large, soit dans le cul-de-sac utéro-ovarien, ou dans le tissu cellulaire du bassin.

Il en résulte une série de types cliniques distincts, mais dont la pathogénie est commune.

Nous conformant à la conception de l'auteur précédent, nous décrirons trois modalités évolutives : la péri-métro-salpingite œdémateuse, l'abcès pelvien, le phlegmon du ligament large.

1° Péri-métro salpingite œdémateuse.

Dans le cours d'une salpingo-ovarite, la malade accuse une recrudescence de ses malaises habituels. Cette aggravation est accompagnée de fièvre et d'anorexie.

Si l'on pratique le toucher, la pression du doigt provoque une douleur plus ou moins vive au niveau des culs-de-sac.

On constate en outre habituellement un empâtement général de toute la région, de sorte que l'utérus paraît comme enclavé.

Mais au bout de quelques jours, cet empâtement disparaît et l'on ne découvre plus que des tumeurs, indépendantes de la matrice, redevenue tout à fait mobile. On dirait des ganglions arrondis.

Inutile de se servir du spéculum ; il ne fournit aucun renseignement.

Ces noyaux phlegmasiques se résolvent d'ordinaire. Mais le plus souvent, ils récidivent et l'on ne peut prédire l'époque qui marquera leur disparition définitive.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il faudrait être bien peu attentif pour les confondre avec une accumulation de fèces. La moindre hésitation serait levée par un lavement huileux ou un purgatif léger.

Beaucoup plus aisée serait la méprise avec de petits fibromes utérins. Dans cette hypothèse, les tumeurs sont en connexions intimes avec l'utérus et non pas indépendantes de l'organe, comme les noyaux de pelvi-péritonite.

Il est possible aussi que le clinicien songe à un ovaire prolabé. S'il en était ainsi, le toucher ne révèlerait qu'une tumeur unique, douloureuse à la pression, au point de provoquer, chez quelques malades, des nausées et même une tendance syncopale.

L'existence enfin d'un petit kyste de l'ovaire ou du ligament large risquerait de donner le change. Le diagnostic

de ces collections repose sur la double considération suivante : la tumeur kystique est fluctuante et elle n'est accessible que par le palper bimanuel et non le toucher seul.

2° Abcès pelviens.

Ils ne forment pas une poche indépendante. Ils occupent la cavité du bassin, qui leur sert de paroi. On les désigne encore sous le nom de *pelvi-péritonites* ou de *paramétrites suppurées*.

Les abcès du pelvis représentent le plus souvent la phase ultime des pyo-salpinx. Le toucher a permis de constater, depuis plus ou moins longtemps, une tumeur tubo-ovarienne, lorsqu'à un moment donné apparaît une douleur vive, parfois syncopale, accompagnée de phénomènes péritonéaux et d'une fièvre à exaspération vespérale. Il existe en même temps des troubles du côté de la vessie et du rectum : dysurie, constipation, ténesme vésical et rectal.

Qu'est-il advenu? Le pyo-salpinx s'est ouvert dans le péritoine.

On sent alors, en pratiquant le toucher et la palpation bimanuelle avec grande précaution, que l'utérus est enclavé dans le petit bassin. Au bout de quelques jours, l'empâtement diminue et l'index perçoit, presque toujours dans le cul-de-sac postérieur, séparée par un sillon du col utérin une tumeur lisse, régulière, qui donne au doigt une sensation de chaleur et est parfois animée de battements artériels Il est rare que cette tumeur prédomine sur les côtés de la matrice ou siège en avant, dans le cul-de-sac vésico-utérin

Le toucher rectal est important. Il donne des renseignements précieux sur les connexions de la collection morbide.

L'orage péritonéal peut se calmer. Puis survient, au bout d'un temps variable, une nouvelle poussée, souvent très grave, qui indique la tendance de l'abcès à se frayer une voie au dehors.

S'il tend à perforer le cul-de-sac postérieur du vagin, on sent à ce niveau une plaque indurée. Est-ce au contraire le rectum qui est menacé, la malade accuse un ténesme insupportable.

L'abcès s'ouvre enfin. Tantôt il se vide mal ; tantôt au contraire l'évacuation est complète. Mais la poche se rem-

plit de nouveau et donne lieu, à des intervalles irréguliers, à une nouvelle crise, qui ne s'apaise qu'après l'irruption au dehors de la surcharge purulente.

Sans doute, on a vu des malades guérir, après une ou plusieurs récidives de ce genre. Mais le fait est exceptionnel. Dans la plupart des cas, il persiste des fistules interminables, qui épuisent les patientes et les acheminent vers un état cachectique, prélude de la mort.

Quelques-unes même peuvent succomber rapidement. Cette éventualité est heureusement très rare, grâce aux fausses membranes, qui circonscrivent le foyer.

Diagnostic

Lorsque le pyo-salpinx est encore libre dans la cavité pelvienne, on peut le distinguer de l'abcès, qui constitue une masse limitée par les parois du bassin et enclavant l'utérus. Mais, s'il est immobilisé par des adhérences, le diagnostic est irréalisable. Seule, la laparotomie est capable de résoudre le problème.

L'hématocèle pelvienne pourrait enfin prêter à confusion. Elle se reconnaît à l'apparition brusque d'une tumeur rétro-utérine, coïncidant avec des signes d'hémorrhagie interne.

3° Phlegmon du ligament large.

Nous serons très bref sur cette complication, parce qu'elle est rarement la conséquence de la Blennorrhagie. La puerpéralité en est presque exclusivement la cause.

Au début, il est difficile de le distinguer de l'abcès pelvien proprement dit. On sent, par le toucher, un empâtement général, immobilisant l'utérus. Puis, au bout de quelques jours, la palpation bi-manuelle permet de découvrir une masse latérale, qui relie la matrice à la paroi pelvienne, en la repoussant vers le côté sain.

Il n'est pas impossible que cette infiltration du ligament large se termine par résolution. Mais le fait est très rare. On assiste plus souvent à une mort rapide par infection septique, surtout quand il s'agit de puerpéralité, ou à une mort lente, par affaiblissement progressif, après ouverture de la collection purulente du côté de la peau, dans le vagin, la vessie ou le rectum, à moins que le chirurgien n'intervienne à temps pour ouvrir largement, drainer et désinfecter le foyer morbide.

Traitement de la péri-métro-salpingite.

Le traitement médical de la pelvi-péritonite ou plutôt de la péri-métro-salpingite est le même que celui de la salpingo-ovarite. La cure consistera dans le repos absolu, des injections vaginales très chaudes, de grands bains tièdes, des applications de glace sur le ventre, lors des poussées aiguës.

Mais lorsque ces moyens n'amènent pas la résolution et que les symptômes accusent la formation d'un abcès, c'est le chirurgien seul, qui a le pouvoir d'en prévenir les conséquences en intervenant avec promptitude et énergie.

V. — Blennorrhagie ano-rectale.

Il nous reste à parler d'une dernière complication, que l'on peut observer chez les femmes atteintes de gonococcie génito-urinaire ; complication qui, en réalité, constitue une autre maladie. Il s'agit de la Blennorrhagie ano-rectale.

Le mécanisme en est facile à comprendre. Dans le décubitus dorsal, le flux blennorrhagique s'écoule de la vulve, descend dans la gouttière périnéale et, de là, gagne l'anus. Celui-ci, par sa disposition en entonnoir, recueille le virus, qui pénètre dans le rectum et l'infecte.

Symptômes.

Voici alors les signes que l'on constate :

Au début, les malades se plaignent de démangeaisons et de chaleur à l'anus. Bientôt ces sensations se transforment en brûlures qui s'exaspèrent par la marche et surtout la défécation. Souvent ces phénomènes douloureux ne restent pas localisés. Ils irradient vers le coccyx, l'utérus et la vessie. Ce qui est constant, c'est le ténesme anal. En outre, les efforts nécessités par l'expulsion des fèces, entraînent chez quelques sujets la chute du rectum, ou une constipation opiniâtre, si la crainte de la douleur les empêche d'aller à la selle.

Ces phénomènes subjectifs et ces troubles fonctionnels n'éveillent que des soupçons, il faut recourir aux signes physiques, pour établir le diagnostic.

On constate d'abord que le périnée et la zone interfessière baignent dans le pus. Au-dessous de cette nappe, apparaît une surface rouge et excoriée. Les excoriations se

multiplient au pourtour de l'anus, qui en même temps est tuméfié. Les plis rayonnés, qui l'entourent, ont augmenté de volume et, en les écartant, on découvre, au fond des sillons, qui les séparent, des ulcérations fissuraires plus ou moins longues.

Lorsqu'on presse circulairement l'orifice anal, on voit sourdre une couche de pus jaune verdâtre. Si cette manœuvre est insuffisante on obtient le même résultat en introduisant l'index dans le vagin et en pressant de haut en bas la cloison recto-vaginale. Il faut savoir, cependant, que la plupart des malades ne tolèrent pas la pénétration du doigt dans le rectum, à cause de la douleur et de la contracture du sphincter. Du reste, il est fort possible que cette tentative soit inutile, le pus s'écoulant spontanément ou, de temps à autre, par petits flots.

Durée et terminaison.

La durée de la Blennorrhagie ano-rectale est subordonnée à la précocité et à l'énergie du traitement. Lorsque le médecin intervient de bonne heure et que la patiente est docile, la guérison est réalisée en deux à trois semaines. Mais si, par négligence ou par crainte de la douleur, elle laisse la maladie s'invétérer, celle-ci passe à l'état chronique et se montre alors d'une ténacité désespérante, sans compter qu'elle expose, à la longue, à des complications graves, telles que : le phlegmon ischio-rectal, le rétrécissement du rectum ou encore la production de végétations qui, occupant le conduit ano-rectal, opposent un sérieux obstacle à la défécation.

Diagnostic différentiel.

Lorsque le médecin, après avoir constaté une vulvo-vaginite blennorrhagique, assiste à l'envahissement de la région ano-rectale, le diagnostic n'offre aucune difficulté. Mais, lorsqu'il se trouve d'emblée en présence de lésions diffuses, il peut se demander s'il s'agit d'une simple propagation, ou s'il existe une affection surajoutée, indépendante de la première.

On ne doit pas méconnaître, en effet, les altérations anales, voisines objectivement de la Blennorrhagie ; il est possible de se garantir contre l'erreur, en analysant attentivement l'ensemble des symptômes présentés par les malades.

C'est ainsi que le médecin évitera de confondre la Blennorrhagie ano-rectale avec les traumatismes, causés par la sodomie, le suintement abondant d'hémorrhoïdes internes, l'eczéma de la région, les contaminations vénériennes dues, soit aux chancres simples, soit au chancre spécifique, le cancer enfin ano-rectal.

a) SODOMIE

Il faut savoir que la sodomie est très fréquente chez les femmes de mauvaises mœurs. Si l'essai du coït contre nature a été récent, on peut constater, comme dans la Blennorrhagie, la rougeur et le boursouflement des parties, un écoulement séro-sanguinolent et purulent, s'échappant par l'anus. Il existe en même temps des douleurs continues ou passagères, se produisant surtout au moment de la défécation.

Mais, lorsqu'on y regarde de près, on découvre, non des érosions, mais de véritables déchirures, dont les bords ont souvent une teinte ecchymotique, due au sang extravasé. En outre, les souffrances, provoquées par les garde-robes, persistent souvent plusieurs heures après l'expulsion des matières, contrairement à ce qui se passe dans la Blennorrhagie ano-rectale, où les malades ne se plaignent qu'au moment même du passage des fèces.

D'ailleurs, si malgré ces caractères, le doute persistait, l'évolution bien différente des lésions ne tarderait pas à le dissiper. On verrait, en quelques jours et non en quelques semaines, comme dans la Blennorrhagie, la douleur s'éteindre, les déchirures se cicatriser et l'écoulement disparaître.

b) HÉMORRHOÏDES INTERNES SUINTANTES

Sans doute, l'écoulement qui s'échappe par l'anus peu simuler celui de la Blennorrhagie. Mais c'est l'unique sign qui pourrait prêter à confusion.

Les selles ne sont pas douloureuses. Les efforts de la défécation provoquent l'issue d'un bourrelet péri-anal, qui rentre, quand l'acte est accompli. Enfin l'indolence ou au moins la faible sensibilité des parties permet l'introduction du doigt dans le rectum et la constatation des saillies variqueuses de la région.

Enfin la malade, qui n'a pas à se cacher d'un acte contre

nature, apprend au médecin que cet état existait, bien avant l'atteinte vulvo-vaginale.

c) ECZÉMA

Eczéma du pourtour de l'anus. — Sa note prédominante est un prurit, souvent intolérable, se produisant surtout la nuit et entravant le sommeil. Il en résulte un épaississement des plis radiés, une rougeur vive, des excoriations, des rhagades et un suintement plus ou moins abondant.

Mais, dans ces cas, il s'agit de sujets foncièrement arthritiques ; la pénétration de l'index dans le rectum est aisée et le prurit, aussi bien que les lésions, ont précédé, plus ou moins longtemps, la Blennorrhagie vaginale.

d) CHANCRES

Chancre syphilitique et chancres simples du pourtour de l'anus. — Le chancre huntérien se présente sous la forme d'une ulcération siégeant au niveau de l'orifice et s'enfonçant plus ou moins dans l'anus.

Mais cette ulcération est unique, presque indolente ; elle manque de bords ; le fond en est rouge et luisant et elle suinte à peine. Je ne parle pas de l'induration de sa base presque impossible à percevoir dans cette région. Mais j'insiste sur l'adénite inguinale, qui en est la compagne fidèle.

Il serait plus facile de confondre les ulcérations d'une Blennorrhagie ano-rectale intense avec des chancrelles du pourtour de l'anus. Cependant si l'on y prête attention, la confusion est impossible. La chancrelle est constituée, non par une exulcération, mais par une ulcération véritable, taillée à pic, à bords décollés, à fond irrégulier et sanieux, s'inoculant de proche en proche, si l'on n'a soin d'isoler les lésions.

On doit toujours penser, surtout chez les femmes de mauvaise vie, à la coïncidence possible d'une double infection, blennorrhagique et chancreuse, réalisée simultanément.

e) CANCER

Cancer ano rectal. — Il est presque superflu d'exposer les signes distinctifs du cancer et de la Blennorrhagie ano-rectale.

L'âge seul serait déjà une précieuse indication, la dégénérescence épithéliomateuse, étant bien rare avant 40 ans. Les

atteintes vénériennes prédominent au contraire dans la jeunesse.

Dans le cancer, le liquide qui s'échappe par l'anus possède des caractères spéciaux. Il est sanieux, souvent mélangé de sang et même de matière néoplasique. Il exhale en outre une odeur d'une fétidité spéciale.

Enfin, si l'on introduit le doigt dans le rectum, on sent une série d'inégalités, les unes dures, les autres friables, que l'on ne découvre jamais dans la Blennorrhagie, quand la malade a le courage de supporter la pénétration du doigt.

Traitement de la Blennorrhagie ano-rectale.

Le Traitement de la Blennorrhagie ano-rectale est simple, lorsque l'infection est limitée à l'anus et à l'entrée du rectum ; plus compliqué, lorsque le virus a pénétré profondément.

Si l'anus et l'extrémité adjacente du rectum sont seuls atteints, on doit prescrire :

1° Des lavages antiseptiques chauds, au moins deux fois par jour : soit avec une solution de sublimé ou de permanganate de potasse à 1/1000e, soit avec une solution de chlorure de zinc à 1/100e.

2° Après le lavage, on introduit dans l'anus une mèche de mousseline, enduite de vaseline iodoformée à 1/10e. Puis on poudre la région avec l'oxyde de zinc ou le tanin. Le tout est maintenu par un bandage en T.

3° On facilitera les garde-robes, à l'aide d'un laxatif léger : tous les matins par exemple, une cuillerée à café d'huile de ricin, mélangée à la même quantité de sirop de limon.

4° Au moment d'aller à la selle, la malade, après avoir retiré le pansement, enduira l'anus de vaseline stérilisée ou de pommade boriquée à 1/10e. L'opération terminée, la pommade sera enlevée avec un linge fin ; la partie malade lavée à l'eau chaude et le pansement replacé.

5° S'il y a des excoriations rebelles, on les cautérisera légèrement avec le crayon de nitrate d'argent.

6° En cas de ténesme violent, on substituera à la mèche

12

un suppositoire à la cocaïne ou à l'extrait de belladone.

1. Cocaïne, deux centigr.
Beurre de cacao, 3 grammes

ou :

2. Extrait de belladone, un centigr.
Beurre de cacao, 3 gr.

A titre adjuvant, le repos et les grands bains seront indiqués.

Lorsque le virus blennorrhagique a pénétré profondément dans le rectum, le mieux est de recourir à des lavages faibles au permanganate de potasse, à 1/5000e par exemple : un lavage chaud matin et soir. Puis on poussera, aussi loin que possible, une mèche, enduite de vaseline iodoformée.

Si, malgré ces moyens, la maladie persistait, il faudrait, à l'aide du rectoscope, procéder à l'examen direct du conduit pour découvrir la limite supérieure des lésions et mettre en œuvre, sous le contrôle de la lumière électrique, des topiques appropriés. Mais l'emploi de cet appareil nécessite l'intervention d'un spécialiste et ne peut, en conséquence, entrer dans la pratique courante.

CHAPITRE IX

COMPLICATIONS COMMUNES AUX DEUX SEXES

Dans les chapitres antérieurs, nous avons décrit les accidents, que l'on observe exclusivement chez l'homme et chez la femme. Celui-ci sera consacré à l'étude des complications, communes aux deux sexes.

Division.

Le tableau suivant permettra d'en saisir le nombre et l'importance. On peut les ranger en trois groupes :

1° *Complications locales ascendantes* :

Elles comprennent la cystite, la pyélite et la pyélo-néphrite.

2° *Complications locales éloignées ;* à savoir : le rhumatisme, les affections nerveuses, sensorielles, vasculaires et viscérales.

3° *L'infection générale* de l'organisme ou septicémie gonococcique.

A — Complications locales ascendantes.

I. — Cystite blennorrhagique.

Époque d'apparition.

A quelle époque de la Blennorrhagie apparaît la cystite ? En général, vers la troisième ou quatrième semaine. Mais, on l'a vue se produire dès le premier septénaire, à la suite d'injections forcées ou de grands lavages intempestifs.

N'oublions pas enfin qu'elle peut se montrer à une échéance

très tardive, dans le cours d'une uréthrite postérieure, ne se révèlant plus que par la goutte matinale, appelée vulgairement goutte militaire.

Conditions étiologiques. On doit les diviser en prédisposantes et occasionnelles.

Dans les premières, il faut ranger le tempérament, dit arthritique, dont l'action est indéniable et aussi l'existence de cystites antérieures, qui créent un locus minoris resistentiæ.

Aux secondes ressortissent les excitations de l'urèthre, dues à la pénétration, dans un but thérapeutique, de liquides malpropres ; au coït, à la masturbation.

Jouent aussi un rôle prépondérant les fautes d'hygiène commises dans le cours de la blennorrhagie, telles que : les marches forcées, l'équitation, l'usage de la bicyclette, la danse, les excès alcooliques.

Il faut noter aussi l'action des refroidissements et du froid aux pieds en particulier.

On rencontre néanmoins des cas dans lesquels l'étiologie de la cystite reste inconnue. La phlegmasie se propage de l'urèthre postérieur à la vessie, sans que l'on puisse invoquer aucun des facteurs précédents.

Caractères cliniques. Les symptômes de la cystite consistent en : troubles fonctionnels, en phénomènes douloureux, en signes physiques et dans les graves, en troubles généraux.

1º *Troubles fonctionnels.* — Ce sont les premiers en date. Ils se révèlent par des besoins d'uriner, de fréquence variable. Certains malades réclament le vase toutes les heures ; d'autres toutes les demi-heures, tous les quarts d'heures, voire même toutes les dix ou cinq minutes.

Les envies d'uriner se multiplient quand le malade marche ou se tient debout, parce que l'urine pèse sur le col et augmente l'irritation. Dans le décubitus horizontal au contraire, le liquide retombe dans le bas-fond de la vessie et dégage le sphincter.

2º *Phénomènes douloureux.* — Ils se produisent au

moment où les dernières gouttes d'urine sont évacuées. Le patient éprouve une sorte d'épreinte, due probablement à la contraction spasmodique du col. A peine les dernières gouttes sont-elles émises, qu'un nouveau besoin de miction se montre impérieux. Cette envie factice provoque à son tour des efforts d'expulsion involontaires, accompagnés de douleurs, remontant vers l'anus, l'hypogastre, les aines et parfois même irradiant jusqu'aux membres inférieurs.

3° *Signes physiques.* — Ils sont fournis par les caractères de l'urine. Le fait dominant est la pyurie. L'urine, d'abord claire au début, se trouble progressivement et les dernières gouttes sont constituées par un liquide laiteux, blanc jaunâtre, souvent mêlé de sang. Si l'on recueille l'urine dans un verre à expérience, on voit se former rapidement un dépôt abondant, exclusivement composé de pus, mélangé au liquide sanguin.

4° *État général.* — Malgré les souffrances éprouvées par le malade, la fièvre est exceptionnelle. Les seuls troubles généraux, que l'on constate, se bornent à des phénomènes nerveux : malaises, anxiété et surtout insomnie, résultant de la continuité des épreintes. Ajoutons que, dans la plupart des cas, l'appétit est diminué et la constipation habituelle.

La cystite du col ne conserve son caractère d'acuité que pendant quelques jours, surtout si elle est convenablement traitée.

Les épreintes deviennent moins fréquentes et moins douloureuses. Les urines cessent d'abord d'être sanguinolentes, puis s'éclaircissent progressivement. La miction récupère enfin ses conditions normales.

Mais en même temps que tout rentre dans l'ordre du côté de la vessie, l'écoulement uréthral reparaît avec une abondance variable.

Durée de la cystite.

La durée de la maladie est en moyenne de dix à quinze jours. Dans les cas légers, elle atteint à peine un septénaire. Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'on l'a vue persister plusieurs semaines et même deux à trois mois.

Il est d'usage de dire que la cystite blennorrhagique reste

limitée au col et qu'il est tout à fait exceptionnel de la voir envahir le corps. D'autre part, on a cherché à distinguer l'inflammation du col de celle du corps. En pratique, cette distinction est très subtile. Il est impossible, en effet, de connaître l'étendue, dans la vessie, du processus phlegmasique. Du reste, au point de vue thérapeutique, cette notion est sans intérêt et ne mérite pas de nous arrêter.

Marche et terminaison.

Quoiqu'il en soit, la restitutio ad integrum n'est réalisée que si le malade est docile et le traitement poursuivi avec persévérance, jusqu'à disparition complète des symptômes. Autrement, la maladie est sujette à de nombreuses récidives, sous l'influence du froid ou du moindre écart de régime et risque même de passer à l'état chronique.

En cas de récidives, la symptomatologie est à peu près la même que dans l'état aigu. La différence consiste en ce que les phénomènes morbides sont moins intenses et la crise plus courte.

Cystite chronique.

La cystite chronique d'origine blennorrhagique est tout à fait exceptionnelle. C'est presque toujours une maladie de l'âge avancé, due chez l'homme à une hypertrophie de la prostate, à un rétrécissement de l'urèthre, à une tumeur, ou encore, chez l'homme aussi bien que chez la femme, à la présence de calculs dans la vessie.

Les anciens auteurs avaient donné à cette forme le nom de catarrhe de la vessie.

Lorsque la cystite chronique est la suite d'un état aigu, elle se caractérise par une atténuation sensible des troubles fonctionnels et des signes physiques précédemment décrits.

La douleur est habituellement légère, consistant en une simple sensation de chaleur ou de cuisson, au début de la miction, disparaissant dès que l'urine s'écoule et se reproduisant à la fin.

Si l'on introduit le doigt dans le vagin ou le rectum, on constate que la vessie est sensible.

Mais, ce qui caractérise surtout l'état chronique, c'est

une pyurie constante. Le pus, que sécrète la vessie, est tantôt phlegmoneux et verdâtre, tantôt filant, visqueux, adhérent au fond du vase, où il exhale une odeur insupportable.

La marche de la maladie est essentiellement chronique et souvent, ce n'est qu'après un bon nombre d'années qu'elle retentit sur l'état général.

Toutefois, le pronostic doit être réservé, car le malade est exposé à la longue à la pyélo-néphrite et à des phénomènes d'urémie, qui peuvent entraîner la mort.

Diagnostic de la Cystite blennorrhagique.

Lorsque l'on constate nettement dans le cours d'une blennorrhagie aiguë les trois symptômes fondamentaux de la cystite, c'est-à-dire : la fréquence des mictions, la douleur quand elles se terminent, la purulence des urines, le diagnostic s'impose sans hésitation.

Il devient plus délicat, quand il s'agit d'une propagation vésicale consécutive à une uréthrite postérieure latente. On doit alors examiner minutieusement le malade, pour ne pas confondre la phlegmasie du col, d'origine gonococcique, avec les états morbides qui s'en rapprochent, par l'ensemble de leurs symptômes.

Dans ce cadre, nous trouvons : la prostatite, la cystalgie névropathique, le syndrôme urique, décrit par M. le docteur Luys et enfin la cystite tuberculeuse.

1° Prostatite

Voici les points de repère, qui permettent d'éviter l'erreur :

Prostatite.	*Cystite.*
Envies d'uriner, modérées, peu fréquentes.	Envies très fréquentes, impérieuses.
Absence de douleurs à la fin de la miction.	Douleurs vives, avec épreintes, à l'émission des dernières gouttes d'urine.
Urines normales.	Chargées de pus et de sang à la fin de la miction.

Remarque. — Dans la prostatite, qui accompagne si fréquemment l'uréthrite postérieure, il est possible que les

urines soient très troubles. Cet aspect est dû à la présence d'urates ou de phosphates. Pour s'en convaincre, il suffit de faire chauffer un peu d'urine dans un tube à essai. Si le trouble disparaît, c'est qu'il s'agit d'urates. En cas de phosphates, la chaleur ne produit aucun effet. En ajoutant au contraire quelques gouttes d'acide acétique ou nitrique, instantanément le liquide redevient clair.

Au toucher rectal enfin, hypertrophie de la prostate, qui se révèle plus ou moins sensible à la pression.	Prostate normale dans la cystite.

2° C STALGIE

Lorsqu'il est question de névralgie vésicale, le malade éprouve bien du ténesme, mais ce ténesme n'est point accompagné de besoins d'uriner.

L'urine est claire, parfois limpide, semblable à celle des hystériques.

Comme dans les névralgies, les phénomènes morbides sont intermittents.

En dernier lieu, les sujets atteints sont presque tous des neuro-arthritiques, sujets à des douleurs, qui affectent les points les plus divers de l'organisme.

3° SYNDROME URIQUE

En 1906, M. le docteur Luys a attiré l'attention sur un syndrôme spécial, dû à un excès d'acide urique dans les urines et très voisin, cliniquement, de la cystite blennorrhagique.

Dans les deux cas, fréquence exagérée des mictions, surtout après les repas : brûlures en urinant, plus accentuées à l'issue des dernières gouttes.

Mais en général, dans le syndrôme urique, les éjaculations quand elles se produisent, sont douloureuses. En outre, la plupart des malades se plaignent de souffrir dans diverses articulations ou au niveau de la région lombaire.

Enfin, contrairement à ce que l'on constate dans la cystite, les urines sont claires à l'émission. Il est vrai qu'elles se troublent par le refroidissement. Mais il est facile de constater que ce changement d'aspect tient à une surcharge uratique. Chauffez cette urine, les urates qui s'étaient précipités se dissolvent et le liquide se clarifie à l'instant.

4° Cystite tuberculeuse

Lorsqu'une phlegmasie vésicale apparaît chez un sujet délicat, suspect de tuberculose et exempt de blennorrhagie, il est rationnel de penser à une origine bacillaire. Mais lorsque cette forme de cystite succède à une atteinte franchement blennorrhagique de la vessie, le diagnostic devient très épineux.

Sans doute, la persistance des phénomènes morbides, en dehors de toute imprudence, l'existence antérieure d'adénites rebelles, des antécédents familiaux indéniables de phymie donneront l'éveil. Mais en réalité, le médecin ne pourra se prononcer, qu'après avoir découvert chez l'homme, au niveau des épididymes, de la prostate et des vésicules séminales, des inégalités et des bosselures, qui indiquent, si le sujet est jeune, l'envahissement de ces organes par le bacille de Koch. Inutile d'ajouter que l'atteinte du poumon aura une valeur séméiologique encore plus importante.

Pour la solution du problème, s'il s'agit de la femme, M. le professeur Guyon attache une réelle importance à l'épreuve du traitement. S'il s'agit, dit-il, d'une cystite blennorrhagique, les instillations de nitrate d'argent produisent un excellent effet ; elles échouent au contraire en cas de cystite tuberculeuse et même parfois l'aggravent, en provoquant des hématuries inquiétantes.

Traitement de la cystite blennorrhagique :

1° Cas aigu

Ce traitement varie, selon que le cas est aigu, suraigu ou chronique.

Les cas aigus sont les plus ordinaires. Voici la médication qui m'a donné les meilleurs résultats. Elle est recommandable par sa simplicité.

Repos au lit.

Régime lacté absolu : 8 à 10 verres dans les vingt-quatre heures : un verre toutes les heures environ ; à boire doucement.

Sous l'influence de cette diététique, tous les symptômes s'amendent rapidement, sans qu'il soit nécessaire de prendre aucun médicament à l'intérieur.

Malheureusement, il y a des malades qui ont, pour le lait, une répugnance invincible. Il faudra alors prescrire des tisanes émollientes à la graine de lin, à l'orge et au chiendent,

à l'uva ursi, au buchu. La tisane de graine de lin est la meilleure. J'ai indiqué son mode de préparation, à l'occasion du traitement de la première période de la blennorrhagie aiguë.

Bien entendu la nourriture sera légère. Elle se composera de potages maigres à la semoule, au tapioca, au vermicelle, aux bouillons de veau ou de poulet, ou encore au bouillon de légumes, tel que celui-ci :

Carottes	ââ 60 gr.
Pommes de terre	
Haricots verts......................	ââ 25 gr.
Navets	

Faire bouillir vingt-quatre heures et ajouter 5 grammes de sel, une fois préparé.

A cette alimentation spéciale, on joindra chaque jour un grand bain tiède, d'une heure de durée.

Dans l'intervalle des bains, maintenir en permanence des cataplasmes de farine de lin sur la région hypogastrique.

Entretenir la liberté du ventre, en administrant tous les deux jours, s'il est nécessaire, un lavement avec une décoction de graines de lin.

En combinant ces divers moyens, la guérison est en général obtenue au bout de huit à dix jours et les malades n'ont plus à traiter que la blennorrhagie causale.

2° CAS SURAIGU

Calmer la douleur est l'indication prédominante.

On atteindra le but, en ajoutant aux moyens précédents une large émission sanguine. Sans hésitation 20 sangsues seront appliquées au niveau de la région périnéale.

L'introduction, pour la nuit, d'un suppositoire belladoné:

Extrait de belladone........	0 gr. 03 à 0 gr. 05
Beurre de cacao..........................	3 gr.

apaisera le ténesme et permettra au malade de goûter quelque repos.

Il va de soi que les bains généraux seront quotidiens et très prolongés : une heure et demie minimum.

Mais ici une restriction est nécessaire. Il y a des malades, dont la balnéation exaspère les symptômes. Dans ces conditions, d'ailleurs exceptionnelles, la cessation s'impose immédiatement.

3° CAS CHRONIQUES

C'est à cette forme de cystite que s'applique surtout le traitement local.

Sans doute, il ne faut pas négliger le régime et l'hygiène.

Le patient se trouvera bien d'avoir une nourriture légère et de ne boire que du lait aux repas. Mais sa guérison ne sera assurée que par de grands lavages uréthro-vésicaux.

Je préfère ce traitement aux instillations, pour cette raison que les lavages, parcourant toute l'étendue du canal, avant de pénétrer dans la vessie, modifient au passage l'uréthrite postérieure, cause initiale de la cystite, tandis qu'on n'est jamais sûr, avec les instillations, de toucher toutes les parties malades.

C'est aux solutions de nitrate d'argent ou de sublimé que l'on s'adressera de préférence : solutions de nitrate d'argent de 0 gr. 20 à 0 gr. 50 0/00, en augmentant de 0 gr. 05 environ à chaque séance ; solution de sublimé, de 0 gr. 05 à 0 gr. 20 0/00 ; un lavage tous les trois ou quatre jours ; dans l'intervalle, une irrigation quotidienne à l'eau bouillie ou à l'eau boriquée tiède.

Si le nitrate d'argent était mal supporté, on pourrait le remplacer par le protargol, aux mêmes doses que le nitrate.

A titre d'adjuvant, la térébenthine, à la dose de 3 grammes par jour, en capsules de 0 gr. 50 chacune, soit 2 capsules au commencement des trois repas ou l'Arhéol, 6 à 9 capsules en trois fois, dans les vingt-quatre heures, trouvent ici avantageusement leur emploi.

Le traitement sera ainsi continué, jusqu'à ce que les troubles fonctionnels aient totalement disparu et que les urines soient redevenues tout à fait claires.

Il ne restera plus qu'à recommander aux malades une vie sobre et régulière pour prévenir des rechutes, qui, pendant longtemps, peuvent se produire sous l'influence des écarts de régime.

II. — Pyélite et pyélo-néphrite gonococcique.

L'extension du processus blennorrhagique aux reins n'est pas très rare. On possède aujourd'hui un stock d'observations, qui ne laissent aucun doute à cet égard.

L'infection est réalisée par une double voie.

Pathogénie.

La voie urétérale d'abord. Murchison a eu l'occasion d'observer des cas d'inflammation de tout l'uretère à la suite d'une cystite blennorrhagique. Souvent l'infection se produit à l'occasion d'une rétention d'urine, provoquée par un rétrécissement de l'urèthre ou une prostatite. Dans ce cas, les orifices urétéraux s'élargissent et laissent passer dans l'uretère l'urine de la vessie, souillée de gonocoques, qui ne tardent pas à envahir les reins.

La voie sanguine est plus rare. Les gonocoques, charriés par le sang, peuvent s'arrêter dans le parenchyme rénal, de la même façon qu'ils se fixent sur les articulations ou les valvules du cœur. Ce mécanisme est le seul à admettre, lorsqu'il n'existe pas de cystite blennorrhagique concomitante.

Caractères cliniques.

Le début de la pyélo-néphrite se manifeste le plus souvent par des frissons et une élévation notable de la température, qui atteint 39 et 40°.

D'autres fois, l'envahissement est plus insidieux et ne s'annonce que par de petits frissonnements.

Bientôt apparaissent des douleurs dans l'un ou l'autre rein : douleurs spontanées ou provoquées par la pression. M. le docteur Bazy a insisté sur leur localisation sous les côtes ou au niveau de l'ombilic et de la région qui l'entoure dans une étendue de trois travers de doigt. Quel que soit d'ailleurs leur siège, elles irradient vers les lombes et le long de l'uretère, jusque dans la vessie.

A cet état de souffrances se joignent des phénomènes gastriques. La langue est saburrale et l'appétit nul.

L'examen des urines offre un grand intérêt. Elles sont troubles en totalité au moment de l'émission et en dehors du pus contiennent une notable quantité d'albumine, décelée par les réactifs ordinaires. Cependant lorsqu'un seul rein est pris et que l'uretère correspondant vient à être momentanément bouché, on peut observer des alternatives d'urines tantôt purulentes, tantôt claires.

Diagnostic de la pyélo-néphrite

Le diagnostic de la pyélo-néphrite blennorrhagique est souvent difficile. Sans doute l'apparition, dans le cours d'une cystite, de frissons, de fièvre et de douleurs lombaires

soit spontanées, soit provoquées par la pression et la palpation bi-manuelle, permettent de soupçonner la complication rénale.

Quant à la constatation de la pyurie, elle est sans valeur; car la sécrétion peut provenir de la vessie. Il est vrai que, dans la cystite, le pus est peu abondant, et l'excrétion continue. Dans la pyélo-néphrite au contraire, il forme un dépôt épais, qui, par moments, n'est pas constaté, le rejet étant intermittent. Il faut bien dire que, dans la pratique, ces signes distinctifs n'existent guère; car, le plus souvent, la vessie et le rein sont simultanément atteints.

Je ne parle pas ici des indications précieuses, fournies par les recherches de laboratoire et la séparation des urines. Il s'agit là de moyens spéciaux, nécessitant un outillage compliqué et une habileté opératoire que l'on ne peut exiger d'un praticien, adonné à la médecine générale.

Pronostic.

Le pronostic doit être réservé. Assurément, sous l'influence du traitement, la maladie peut guérir. Mais il est possible aussi que des collections purulentes se développent dans le parenchyme rénal. On voit alors éclater des accès fébriles violents, conduisant progressivement à la cachexie. Ces accès sont surtout intenses, lorsqu'un urétère, venant à être oblitéré, il se fait une rétention de pus dans le bassinet. Dans ces cas particulièrement graves, c'est à la chirurgie d'intervenir et, malgré le secours qu'elle apporte, elle est parfois impuissante à prévenir la terminaison fatale.

Traitement.

Le traitement de la pyélo-néphrite blennorrhagique consistera d'abord dans le repos absolu au lit et dans le régime lacté exclusif.

Les purgatifs seront indiqués, soit un demi-verre à bordeaux d'eau de Rubinat tous les deux jours.

L'urotropine à titre d'antiseptique rendra également des services, à la dose de 1 gr. 50 par jour, en trois paquets, pris à intervalles égaux.

Si la suppuration du rein, en d'autres termes la pyonéphrose se développe, il faut recourir à la néphrotomie, peut-être même à la néphrectomie.

B — Complications locales éloignées.

I. — Rhumatisme blennorrhagique.

S'il est une complication de la Blennorrhagie, tenace dans ses effets, rebelle à la thérapeutique, périlleuse dans ses répercussions organiques, c'est bien la forme particulière de rhumatisme, qui dérive de l'infection gonococcique.

Fréquence. Chez l'homme, on l'observe dans 2 à 3 o/o des cas ; chez la femme, il est un peu plus rare, probablement parce qu'elle est moins exposée aux causes qui le provoquent et aussi, d'après Ricord, parce que, chez elle, l'uréthrite blennorrhagique est moins fréquente.

Conditions étiologiques. Les conditions qui l'engendrent doivent être divisées en prédisposantes et occasionnelles.

Il semble indéniable que le tempérament arthritique constitue une prédisposition sérieuse. Sans doute, toutes les victimes ne sont pas des arthritiques, mais on ne peut méconnaître que la plupart d'entre elles soient entachées de cette diathèse.

La cause déterminante est, sans conteste, l'écoulement blennorrhagique ainsi que le démontre surabondamment le gonocoque, trouvé dans les articulations malades. Mais son action est favorisée par le froid, les fatigues exagérées, la dépression tant physique que morale.

Époque d'apparition. D'après M. le professeur Fournier, c'est en général du sixième au quinzième jour qu'apparaît l'atteinte articulaire, c'est-à-dire lorsque le gonocoque a envahi l'urèthre postérieur. Cependant on peut le constater vers la quatrième semaine, parfois même dans le courant du deuxième et du troisième mois.

Le rhumatisme blennorrhagique peut atteindre la plupart des grands systèmes de l'économie ; il se localise de préférence dans le système locomoteur dont il affecte les différentes parties.

a. — Rhumatismes articulaires.

Formes cliniques.

On doit distinguer quatre formes : l'arthralgie, l'hydarthrose, l'arthrite aiguë, poly ou monoarticulaire, la polyarthrite déformante.

Arthralgie.

La forme arthralgique, localisée dans des articulations diverses, consiste en douleurs, accentuées surtout le matin. Ces douleurs gênent les mouvements, mais, sous l'influence de la marche, elles s'atténuent et même disparaissent. Bien qu'elles aient pour caractères d'être mobiles, elles n'en sont pas moins quelquefois très persistantes et rebelles aux médications les plus variées.

Point intéressant : les jointures atteintes n'offrent aucune anomalie à l'examen le plus minutieux. Elles se meuvent en tous sens, sans que l'on perçoive le moindre craquement. Bref, elles conservent la plénitude de leurs fonctions.

Ce type arthralgique se manifeste soit dans la phase aiguë de la blennorrhagie, coïncidant avec d'autres manifestations du rhumatisme, soit à l'état isolé et chronique, dans le cours de vieilles blennorrhées. Toutefois, les douleurs peuvent subir des exacerbations, lorsqu'une excitation quelconque ravive le suintement uréthral.

Hydarthrose.

Le siège de prédilection de l'Hydarthrose est le genou. Mais elle peut occuper le coude et le cou-de-pied ; le plus souvent, elle est unilatérale ; la bilatéralité cependant n'est pas très exceptionnelle.

Ses caractères objectifs ne diffèrent pas de ceux de l'hydarthrose ordinaire. Quand elle envahit le genou, on constate le gonflement de l'article par distension de la synoviale et du cul-de-sac sous-tricipital ; la fluctuation et le choc rotulien sont faciles à percevoir; toutefois la coloration de la surface tégumentaire reste normale.

Pas de troubles subjectifs. L'indolence est pour ainsi dire complète. A peine survient-il une douleur légère, lorsque le liquide se collecte rapidement.

J'ajoute que l'affection est apyrétique et n'exerce sur l'organisme aucun retentissement.

Mais si l'épanchement articulaire blennorrhagique se développe insidieusement, au point d'échapper à l'attention de quelques malades, ce qui le caractérise, c'est sa persistance et sa fixité, à l'inverse de l'hydarthrose franchement rhumatismale, essentiellement mobile. Il peut durer deux, trois mois et même jusqu'à sept et huit mois, en résistant aux médications les plus énergiques.

Le liquide finit enfin par se résorber et le genou retrouve la liberté de ses mouvements. L'ankylose est une terminaison tout à fait exceptionnelle.

Arthrite aiguë polyarticulaire

L'Arthrite aiguë se présente sous deux formes : l'une polyarticulaire, la plus fréquente des arthropathies blennorrhagiques, puisqu'elle représente environ les deux tiers des cas, l'autre monoarticulaire, de beaucoup la plus grave.

Objectivement, la forme polyarticulaire ressemble à une attaque de rhumatisme articulaire aigu, c'est-à-dire que les articulations sont rouges, tendues et douloureuses, tant à la pression que dans les mouvements provoqués.

Simultanément, on observe des phénomènes généraux ; la température atteint 38 à 39°. Mais souvent la fièvre cède, alors que les arthrites sont encore en pleine évolution.

Le nombre des articulations envahies est variable. En général, la poussée rhumatismale débute par un article important, tel que : le genou, le cou-de-pied, le coude ; de là, elle peut gagner les jointures sterno-claviculaires, temporo-maxillaires, digitales, etc.

Quoiqu'il en soit, dans la plupart des cas, la maladie se termine par résolution. On doit cependant se montrer réservé dans le pronostic, car il peut résulter de cette forme des lésions plus ou moins irrémédiables : hydarthrose chronique, raideurs et même ankyloses des jointures atteintes, avec atrophie musculaire consécutive.

Des complications viscérales et nerveuses sont également à redouter. Nous aurons l'occasion de les décrire ultérieurement; car elles peuvent se produire en dehors de tout rhumatisme, sous l'influence exclusive du processus blennorrhagique.

Arthrite mono-articulaire.

La forme mono articulaire aiguë est la plus grave et d'ailleurs la plus anciennement connue. La plupart des grandes articulations peuvent en être le siège.

Des troubles sensitifs, des signes extérieurs, des phénomènes généraux en signalent l'existence.

Les troubles sensitifs consistent en douleurs, spontanément modérées, mais devenant extrêmement vives, parfois même atroces par la pression et les mouvements provoqués.

Objectivement, l'articulation atteinte est tuméfiée et rouge. Ce gonflement est dû à la participation au processus phlegmasique de toutes les parties constituantes de l'articulation. On conçoit que, dans ces conditions, l'impotence fonctionnelle soit complète et le membre, immobilisé dans la position qui réduit la douleur au minimum.

Quant aux phénomènes généraux, ils sont plus accentués que dans la polyarthrite et la température peut s'élever à 40°.

Cette forme monoarticulaire peut se terminer par résolution, ankylose, suppuration, même tumeur blanche chez les sujets prédisposés.

Dans les cas heureux, c'est-à-dire dans ceux qui aboutissent à la résolution, peu à peu tous les symptômes s'amendent et, au bout de plusieurs semaines, la guérison est réalisée. Néanmoins, il reste pendant longtemps une légère raideur de l'articulation et une faiblesse du membre. Il faut savoir en effet que l'arthrite monoarticulaire entraîne très rapidement une atrophie souvent considérable des muscles voisins, en dépit du traitement le mieux dirigé.

D'autres fois, la résolution a lieu ; mais elle reste incomplète. Un léger gonflement persiste et les mouvements ne recouvrent pas leur entière liberté. Cependant, à la longue, la restitutio ad integrum s'opère. Mais, aussi longtemps que la lésion n'a pas complètement rétrocédé, une nouvelle crise aiguë est à craindre, sous l'influence de la fatigue, du froid ou encore d'une légère exacerbation de l'écoulement uréthral.

L'ankylose est une terminaison que l'on observe surtout lorsque l'arthrite a été très aiguë et les tissus péri-articulaires profondément touchés. C'est en général au bout de six mois, un an, après le début, que l'immobilité de l'article devient définitive.

Beaucoup plus rare heureusement est la terminaison par suppuration. Des frissons répétés, une fièvre plus vive, des douleurs violentes et une exagération de l'œdème périarticulaire indiquent qu'elle est imminente. Du reste, si le diagnostic reste tant soit peu douteux, il suffira d'aspirer une légère quantité de pus dans une seringue de Pravaz, dont l'aiguille aura été préalablement stérilisée.

Lorsque la suppuration est établie, le pus peut se faire jour par une ouverture voisine de l'articulation. Mais il arrive souvent qu'il fuse entre les muscles, à une distance plus ou moins grande et alors, si l'on ne recourt pas à l'arthrotomie, le malade risque de succomber à une véritable infection purulente. L'ankylose au contraire est le mode de guérison, qui succède habituellement à une intervention chirurgicale opportune.

Il n'est peut-être pas exact de considérer la tumeur blanche comme une des variétés de terminaison du rhumatisme blennorrhagique monoarticulaire. Il s'agit en effet de deux affections absolument distinctes. En réalité, l'arthrite gonococcique joue le rôle de point d'appel. Elle localise sur un organe de moindre résistance une manifestation bacillaire. Mais faut-il encore que le sujet soit prédisposé de par ses antécédents héréditaires ou son tempérament scrofulo-tuberculeux.

Arthrite déformante.

Cette forme est heureusement très rare. Elle survient à la suite de plusieurs attaques de polyarthrites aiguës. Ces attaques se produisent chaque fois que le malade contracte une blennorrhagie nouvelle ou qu'il subit une poussée aiguë dans le cours d'une uréthrite ancienne.

Il arrive un moment où les lésions, d'abord résolutives, deviennent déformantes et définitives. Elles envahissent de préférence les petites articulations des mains et des pieds et amènent des attitudes vicieuses des membres, en même temps qu'elles produisent des atrophies musculaires. La main prend l'aspect de griffe et les doigts deviennent fusiformes, d'où le nom de doigts en radis, dû au professeur Fournier.

Sans doute, cette variété de rhumatisme blennorrhagique ne menace pas immédiatement l'existence. On peut la con-



FIG. 21. — Rhumatisme blennorrhagique de la main (doigts en radis, de Fournier), (d'après G. Luys, *loco citato*).

sidérer néanmoins comme très sérieuse ; car elle cause des lésions irrémédiables et rend les malades infirmes.

Bien que très rarement, le rhumatisme blennorrhagique

peut s'attaquer aux articulations vertébrales, où il produit la raideur du tronc, l'effacement de la courbure lombaire et une cyphose cervico-dorsale. Ces déformations s'accompagnent en même temps de rachialgie et de pseudo-névralgies lombo-abdominales. Enfin on a vu le rhumatisme envahir les articulations chondro-costales et même celles du larynx.

b. — *Rhumatismes musculaires.*

Rhumatismes musculaires.

Au cours de la Blennorrhagie, on observe assez souvent des douleurs dans les muscles.

Ces douleurs occupent le cou, la nuque, les muscles de l'avant-bras, les masses sacro-lombaires. A la région cervicale, elles produisent le torticolis ; à la région lombaire, le lumbago.

Elles consistent en myalgies, c'est-à-dire en souffrances, à l'occasion des mouvements et en attitudes vicieuses. Mais objectivement, on ne constate aucun signe ; il n'existe ni tuméfaction, ni changement de coloration des téguments.

Les myalgies précèdent, accompagnent ou suivent d'autres manifestations rhumatismales.

Elles disparaissent au bout d'un temps variable. Les atrophies, les rétractions, les contractures, que l'on peut constater, ne dépendent pas du rhumatisme musculaire ; elles dérivent d'altérations articulaires, péri-articulaires ou nerveuses.

On a signalé aussi la myosite ; les observations en sont tellement rares que de nouvelles recherches sont nécessaires pour l'admettre sans restriction.

c. — *Synovites blennorrhagiques tendineuses.*

Synovites blennorrhagiques.

Les synovites tendineuses, dues à la blennorrhagie, peuvent avoir des localisations multiples. On les observe de préférence aux poignets, aux genoux, aux cous-de-pied, c'est-à-dire dans les régions où siègent habituellement les arthropathies.

Aux poignets, elles occupent les fléchisseurs et les extenseurs des doigts, l'extenseur du pouce ; aux cous-de-pied, les extenseurs des orteils. On les retrouve encore au niveau des gaines tendineuses des muscles tibiaux et péroniers latéraux.

Ces synovites apparaissent en général trois à quatre semaines après le début de la Blennorrhagie.

Elles se traduisent par une tuméfaction pâteuse, suivant la direction des tendons, avec rougeur de la peau et douleurs, qui s'exaspèrent à l'occasion des mouvements et pendant la nuit.

Il n'est pas rare de constater, autour de la région empâtée, un œdème indolent et diffus.

Parfois on observe quelques troubles généraux et une réaction fébrile.

Quoiqu'il en soit, le pronostic est favorable; car ces synovites disparaissent au bout de deux à trois semaines. Retenons cependant qu'elles peuvent récidiver, à l'occasion d'une recrudescence de l'écoulement uréthral.

d. — Phlegmasies blennorrhagiques des bourses séreuses.

Hygromas

Cette variété peut occuper toutes les bourses séreuses, normales et accidentelles de l'économie. Mais elle se confine de préférence dans les bourses prérotulienne, rétro et sous-calcanéenne.

Elle se révèle par des douleurs vives et un gonflement des parties malades, qui simule parfois un phlegmon superficiel.

Lorsqu'elle siège sous le talon, elle peut être la cause de cette affection si pénible et si tenace que l'on appelle *talalgie.*

Sauf cette dernière localisation, la résolution, sous l'influence du traitement, est assez rapide et jamais la suppuration ne se produit.

e. — Ostéo-périostites blennorrhagiques.

Ostéo-périostites.

Le rhumatisme blennorrhagique atteint rarement le périoste. Lorsqu'il s'y cantonne, il occupe les points proéminents du squelette, tels que : l'épitrochlée, l'extrémité inférieure du cubitus, le tibia, la tête du péronée, etc.

Dans la plupart des cas, les malades accusent une douleur vive, au niveau d'un os, dans une étendue restreinte. Loco dolenti, on constate une légère saillie et une rougeur inflammatoire des téguments.

Malgré ces caractères, franchement phlegmasiques, la maladie est de courte durée et la résolution s'opère en quelques jours.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, quand la douleur siège au talon. Cette douleur se produit dans la station debout et à l'occasion de la marche, de telle sorte que les malades ne se trouvent à l'aise que dans le décubitus horizontal. Or, c'est une des formes les plus rebelles du rhumatisme blennorrhagique et l'on conçoit le préjudice que cette localisation porte à un ouvrier, dont tous les mouvements doivent être libres.

Tantôt, la souffrance existe seule sans phénomènes objectifs ; tantôt au contraire, elle s'accompagne de déformations de la partie atteinte. L'anatomie pathologique et la radiographie ont démontré que le mécanisme des troubles morbides n'est pas unique. Si la talalgie peut résulter en effet, ainsi que je l'ai indiqué, d'une inflammation de la bourse séreuse, située entre le périoste du calcanéum et le coussinet graisseux, qui revêt le talon, d'autres fois elle dépend de saillies dures, résistantes, qui se confondent avec l'os et en augmentent le volume ; de là les douleurs ressenties par le patient dès qu'il se tient debout ou cherche à marcher.

En abordant maintenant la cure des localisations du rhumatisme blennorrhagique, nous verrons les moyens à opposer à cette dernière forme, qui constitue une véritable infirmité.

Traitement du rhumatisme blennorrhagique.

La multiplicité des remèdes proposés et mis en œuvre indique, d'une part, l'impuissance relative de la thérapeutique et, de l'autre, l'ennemi redoutable que l'on est appelé à combattre. Leur énumération serait fastidieuse.

Nous nous bornerons à indiquer ceux qui ont prouvé leur efficacité et semblent les plus pratiques.

Traitement prophylactique

Mais, avant d'entrer dans le vif du sujet, un mot de prophylaxie. Car, dans une affection aussi rebelle que le rhumatisme blennorrhagique, mieux vaut prévenir que guérir. Or, on commettrait une erreur en niant l'influence du tempérament, aussi bien que des causes extérieures dans la production de ce rhumatisme et en ne voulant incriminer que l'écoulement gonococcique.

Nous avons déjà indiqué la prédisposition, créée par l'arthritisme, l'action nocive de la fatigue, des traumatismes articulaires, des refroidissements. Ces divers facteurs indiquent les précautions à prendre aux prédestinés, principalement à ceux qui ont déjà subi des atteintes. Le devoir du médecin est de leur recommander d'éviter le surmenage, de se préserver des chocs articulaires et, par dessus tout, des refroidissements. Ils devront être couverts de flanelle, porter des genouillères, des bas de laine et redoubler de précautions par le froid humide.

Si, malgré ces mesures, le rhumatisme éclate, les remèdes s'adapteront aux formes précédemment décrites.

Traitements curatifs.

1° ARTHRALGIES

Dans le traitement des arthralgies, l'indication dominante est la douleur. On la combattra en s'adressant aux révulsifs locaux, par exemple à l'application de sinapismes répétés ou de teinture d'iode sur les articulations atteintes, à des enveloppements ouatés, à des bains de Barèges ou à des bains térébenthinés. Nous indiquerons plus loin le mode d'emploi de ces derniers.

Si les souffrances troublaient le sommeil, on prescrirait les préparations opiacées, ou mieux l'aspirine, qui, pour la plupart des malades, est un excellent sédatif, soit : 1 gr. 50 par jour en trois cachets ; prendre le dernier en se mettant au lit.

Sans doute, sous l'influence de ces divers moyens, les arthralgies peuvent disparaître assez promptement. Il faut néanmoins tenir compte des cas rebelles et prévenir les malades de cette éventualité, tout en leur assurant la guérison.

2° HYDARTHROSE

Le traitement de l'hydarthrose est assez simple. L'application d'un ou plusieurs vésicatoires, la compression

ouatée et des badigeonnages quotidiens à la teinture d'iode en feront les frais.

Le malade sera mis au repos complet, puis on commencera par un vésicatoire que l'on posera au devant du genou, après l'avoir taillé en fer à cheval, de façon à respecter la rotule.

Dès qu'il sera sec et pour cela il suffira de laisser en place, sur la zone érodée, une feuille d'ouate hydrophile jusqu'à ce qu'elle se détache d'elle-même, on aura recours à la compression ouatée. Cette compression doit être renouvelée quotidiennement et, à l'occasion de chaque pansement, la surface de l'articulation sera badigeonnée de teinture d'iode. Celle-ci ne sera temporairement supprimée, que si l'irritation tégumentaire devient trop vive. Quant à la compression, elle doit être maintenue tant que l'article n'aura pas repris sa configuration normale. S'il persistait, à la suite de ce traitement, une certaine raideur, un massage quotidien, suivi de la mobilisation de la jointure, ne tarderait pas à lui rendre la souplesse.

3° Poly-arthrites

Pour la polyarthrite, tout d'abord, le repos absolu au lit est indispensable pendant toute la période aiguë de la maladie.

Il faut recouvrir chaque articulation douloureuse d'un cataplasme de farine de lin, dont on maintiendra la chaleur et l'humidité, en superposant un taffetas chiffon ou un taffetas gommé. Trois cataplasmes dans les vingt-quatre heures suffisent.

Lorsque les douleurs seront un peu calmées, on remplacera ces épithèmes par une épaisse couche d'ouate, que l'on recouvrira également d'un taffetas gommé, de façon à provoquer, par ce pansement occlusif, une abondante transpiration de la jointure. L'ouate sera changée matin et soir et, avant de la renouveler, on libérera, à l'aide d'un linge chaud, les articulations malades de la sueur qui les recouvre.

On favorisera aussi la détente des phénomènes aigus, en enduisant, à l'occasion de chaque pansement ouaté, les parties douloureuses avec la pommade, prônée par Bourget de Lausanne et ainsi formulée par l'auteur :

Acide salicylique....................	ââ	10 gr.
Essence de térébenthine..............		
Lanoline		
Axonge fraîche......................		80 gr.

A ces topiques, est-il utile de joindre une médication interne ? Il ne faut pas oublier que le rhumatisme blennorrhagique se développe de préférence chez les sujets prédisposés aux affections rhumatismales. Aussi le salicylate de soude se trouve indiqué et, de fait, c'est le médicament qui, à la dose de 4 grammes par jour, seconde le mieux le traitement externe. S'il ne réussit pas toujours, son efficacité dans bon nombre de cas semble indéniable. Rapidement, sous son influence, les phénomènes aigus s'amendent et les patients éprouvent un soulagement réel.

La phase aiguë terminée, la maladie passe à l'état subaigu. Sans doute, il persiste des douleurs à l'occasion, des mouvements et des raideurs articulaires ; mais la fièvre a cédé, les souffrances sont supportables et un sommeil réparateur devient possible.

C'est le moment d'avoir recours à la balnéothérapie. De tous les bains recommandés, les plus efficaces semblent bien être les bains à la térébenthine, vulgarisés par M. le docteur Balzer.

Voici quelle en est la formule :

Emulsion aqueuse de savon noir......	ââ	100 gr.
Essence de térébenthine.............		

Telle est la dose ordinaire du mélange pour un grand bain. Mais on peut la porter progressivement à 400, 600 et même 800 grammes. L'important est de procéder graduellement et de tâter la susceptibilité de la peau à l'essence de térébenthine. Le grand bain doit être donné très chaud; 40° semblent être la température optima. Les malades s'y habituent progressivement et doivent y rester une demi-heure environ.

Il y a lieu de considérer les effets cutanés immédiats produits par ces bains et leurs effets curatifs ultérieurs.

Très rapidement, ils provoquent une vive rougeur de la peau, avec une cuisson, surtout accentuée au niveau du

scrotum. On peut aisément prévenir cet inconvénient en enduisant les parties génitales d'un peu de vaseline.

C'est par l'élévation de la température des parties affectées et une révulsion énergique que la térébenthine exerce son action bienfaisante. La peau conserve d'ailleurs pendant un certain temps l'odeur de l'essence.

Les malades ressentent très promptement un soulagement, qui se prolonge pendant plusieurs heures après le bain, et il n'est pas rare qu'à la suite d'un petit nombre de ceux-ci, l'amélioration soit définitive. D'autres fois, il faut persévérer longtemps ; néanmoins leur efficacité n'est jamais mise en défaut. C'est donc un des meilleurs moyens à diriger contre la polyarthrite subaiguë.

Il est possible cependant que, malgré la succession des remèdes, mis en œuvre, les arthrites passent à l'état chronique, en se compliquant de périarthrites et d'atrophies musculaires. On voit alors les douleurs persister, non pas seulement au niveau des jointures, mais dans les tissus voisins, tendineux, musculaires et osseux.

Dans les cas de ce genre, les bains térébenthinés pourront encore être continués avec avantage. On devra leur associer la révulsion et le massage.

La révulsion s'exercera par des applications quotidiennes de teinture d'iode ou hebdomadaires de pointes de feu.

Je préfère de beaucoup ce dernier mode de traitement, la teinture d'iode étant peu énergique.

Chaque jour, le massage aura lieu pour réveiller l'énergie musculaire et la séance durera environ dix minutes.

Voici les règles à suivre :

Les parties malades seront malaxées avec la pulpe des doigts et le talon de la main.

Les pressions s'exerceront dans le sens de la circulation veineuse.

Au début, elles seront légères, puis fortes à la fin ; mais elles ne doivent pas provoquer de douleurs.

Pendant le massage, l'opérateur fera exécuter aux jointures leurs mouvements physiologiques.

Dans l'intervalle, les articulations malades seront recouvertes d'une bande de flanelle.

Si le médecin possède un appareil à courants induits, il

alternera avec le massage, l'électrisation des muscles en voie d'atrophie.

Dans les grands centres, où les ressources thérapeutiques ne manquent pas, on pourra substituer aux bains térébenthinés des bains de vapeur simples ou thermo-résineux, des douches de vapeur, des douches chaudes sulfureuses ou térébenthinées.

Enfin, si le malade est fortuné, il bénéficiera d'une saison à Aix en Savoie pour le massage sous l'eau, des eaux sulfureuses de Luchon et de Cauterets, des boues de Dax ou de Saint-Amand dans le Nord, des eaux salines de Salins-Moutiers ou de Salies de Béarn, etc.

4° MONO-ARTHRITE

C'est au genou et au coude que se localise de préférence cette forme de rhumatisme blennorrhagique.

Si l'état est franchement aigu, il ne faut pas hésiter à appliquer une vessie de glace, séparée de la peau par une compresse de toile ou mieux, 6 à 8 sangsues au pourtour de l'articulation malade. Une large émission sanguine produit un excellent effet.

Lorsque l'hémorrhagie est arrêtée, on immobilise l'article, en le couvrant d'une couche d'ouate, maintenue à l'aide d'une bande, trempée dans le silicate de potasse, que le pharmacien livre tout préparé.

Un appareil plâtré rend les mêmes services. Mais l'application en est plus longue et plus difficile, le plâtre ayant besoin, contrairement au silicate, d'être d'abord mélangé à l'eau en proportions convenables.

Le pied doit être placé à angle droit sur la jambe, le membre inférieur dans la rectitude et le coude, à angle aigu sur le bras.

Dès que l'immobilisation est réalisée, la douleur disparaît et l'état général s'améliore.

Le bandage restera en place au moins vingt jours. On l'enlève alors et l'on recherche s'il est possible de le supprimer définitivement.

Ce progrès n'est réalisable que si les mouvements circonscrits et légers, imprimés à l'articulation, ne provoquent pas de douleurs.

Dans le cas où celles-ci se produiraient à la suite de mani-

pulations plus énergiques, elles doivent céder dès que l'articulation est au repos.

Si les souffrances persistent, un nouveau bandage silicaté et une nouvelle période d'immobilité s'imposent. Quand au contraire le malade satisfait aux conditions précédentes, on substitue à la bande de silicate un pansement ouaté, que l'on changera chaque jour, pour permettre une séance de mobilisation et de massage.

Ces exercices ont la plus grande importance ; car lorsque l'immobilisation est trop prolongée, l'ankylose est à craindre, c'est-à-dire la suppression complète du jeu de l'articulation.

Ici encore, les bains térébenthinés locaux rendent les plus grands services. Leur température sera très élevée : 45 et même 50° et la quantité d'essence de térébenthine, le double de ce que l'on a l'habitude de prescrire pour les bains généraux. Les bains locaux peuvent être donnés dans une cuvette si la main et le poignet sont atteints; dans une poissonnière, quand c'est le coude. S'il s'agit d'arthrite du genou et de la hanche, une baignoire, à moitié remplie, sera nécessaire. Le malade s'y tiendra assis.

En dehors de cette balnéothérapie, on pourra recourir, comme dans le rhumatisme polyarticulaire, aux douches de vapeur, aux douches sulfureuses et térébenthinées, lorsque les installations le permettent.

Tel est l'ensemble des moyens qui habituellement triomphent des arthrites monoarticulaires.

Malheureusement, celles-ci n'aboutissent pas toujours à la résolution et au retour des mouvements. Deux autres modes de terminaison sont à envisager : la suppuration et l'ankylose.

Dans les deux cas, c'est à la chirurgie qu'il faudra recourir.

S'agit-il d'arthrite purulente, dénoncée par des frissons, la violence des douleurs, l'élévation thermique, l'exagération de l'œdème périarticulaire, sans hésitation, l'arthrotomie, suivie de lavages antiseptiques et du drainage de l'article, doit être exécutée. Autrement, une véritable pyohémie serait à craindre, c'est-à-dire des infarctus pulmonaires, un épanchement purulent de la plèvre, le tout accompagné d'un état typhique, capable d'entraîner la mort.

Quand l'arthrite suppurée se guérit, l'ankylose en est la conséquence.

Si celle-ci est incomplète, on peut, avec le temps et la patience, rétablir progressivement les mouvements, en mobilisant et massant chaque jour l'articulation malade.

Mais lorsque l'amélioration est trop lente et que le malade est pressé d'en finir, il faut recourir à la mobilisation brusque, qui ne peut être réalisée que par la rupture des adhérences. Pour cela, l'anesthésie générale est nécessaire. Quand le résultat est obtenu, on immobilise le membre dans un appareil ouaté et l'on ne procède à l'enlèvement du bandage et aux séances de mobilisation et de massage, qu'après disparition complète de la douleur, consécutive à l'opération ; ce qui demande en général dix à douze jours.

Dans le cas d'ankylose totale, il n'y a pas lieu d'intervenir, pourvu que le membre soit en bonne position.

Si au contraire l'attitude est vicieuse, que le bras par exemple soit rectiilgne par ankylose du coude et le membre inférieur fléchi par ankylose du genou, la résection seule améliorera le sort des malades.

5° RHUMATISME DÉFORMANT

Le traitement du rhumatisme déformant est le même que celui du rhumatisme polyarticulaire, devenu chronique, c'est-à-dire qu'il consiste en bains de térébenthine, en douches sulfureuses et térébenthinées, en massages, en électrisations, en mouvements des jointures.

Il faut en outre prescrire aux patients un régime tonique et, s'il est possible, le séjour dans un climat chaud. Le froid et l'humidité surtout doivent être évités. Une saison annuelle à des eaux sulfureuses chaudes ou dans une station, pourvue de boues minérales, ne peuvent qu'améliorer l'état général et assouplir les jointures.

Mais, tout en relevant le moral des malades, on ne saurait trop les encourager à la patience. Car il s'agit d'un état qui, s'il a chance d'être légèrement amélioré, n'en laisse pas moins des infirmités incurables.

6° RHUMATISME MUSCULO-TENDINEUX ET OSTÉO-PÉRIOSTIQUE

Quant au traitement du rhumatisme blennorrhagique musculotendineux et ostéo-périostique, ces localisations, qui accompagnent si souvent les arthrites, seront combattues par les mêmes moyens que précédemment : à l'inté-

rieur, sédatifs contre la douleur : aspirine ou salicylate de soude ; à l'extérieur, immobilisation et enveloppement ouaté, si l'état est aigu ; plus tard, révulsion, bains ou douches térébenthinés, vésicatoires, badigeonnages iodés, pointes de feu.

Le *traitement de la talalgie* mérite une mention spéciale. Il est possible, en effet, que les remèdes ci-dessus échouent. La station debout et la marche continuent à être douloureuses et, s'il s'agit d'un ouvrier, la souffrance le prive de ses moyens d'existence. Rappelons-nous que, dans ces conditions, la talalgie peut dépendre d'une phlegmasie de la bourse séreuse sous-calcanéenne ou d'une exostose talonnière. S'il en est ainsi, c'est à la chirurgie qu'il faut s'adresser. Certains malades n'ont été libérés que par l'ablation de la bourse séreuse ou de l'exostose calcanéenne.

Valeur curative du traitement de la blennorrhagie uréthrale.

Jusqu'ici nous avons laissé dans l'ombre la question, cependant si importante, de savoir si l'on doit traiter simultanément la Blennorrhagie, cause efficiente des manifestations rhumatismales. Oui, sans hésitation, en tenant compte, dans le choix des moyens, de l'acuité et de l'abondance de l'écoulement, aussi bien que des reliquats d'une blennorrhagie ancienne.

Le traitement doit être poursuivi jusqu'à guérison définitive, car souvent la durée du rhumatisme est en rapport avec la persistance de l'uréthrite. Celle-ci a-t-elle disparu, la guérison ou au moins l'amélioration des arthrites en est le corollaire fréquent.

Cependant, il ne faut pas oublier que, dans un certain nombre de cas, l'infection générale, une fois réalisée, a une évolution indépendante de celle de la blennorrhagie. En dépit de l'asséchement du canal, le rhumatisme dure et présente même parfois des recrudescences.

Traitement du rhumatisme blennorrhagique chez les syphilitiques.

Autre remarque, qui a aussi son importance. C'est que, lorsque le rhumatisme blennorrhagique coexiste avec la syphilis, des observations démontrent que les mercuriaux produisent un excellent effet, soit sous forme de protoiodure, en pilules de 0 gr. 05, à la dose de deux par jour, soit en injections sous-cutanées de biiodure ou de benzoate.

En revanche, il faut se garder de prescrire l'iodure de potassium, tant qu'il existe de l'uréthrite. On sait en effet l'influence néfaste de ce médicament dans toutes les phlegmasies uréthrales, qu'il entretient ou qu'il rappelle. Il ne peut donc être ordonné que lorsqu'il n'existe plus le moindre suintement.

Dans l'exposé précédent, nous n'avons pas exposé les nouveaux remèdes, que l'on prône contre le rhumatisme gonococcique, tels que : la radiothérapie et la radiumthérapie, la méthode de Bier, les injections sous-cutanées d'air, les applications d'air surchauffé à l'aide d'appareils spéciaux, l'autosérothérapie, le vaccin de Nicolle et Blaizot, la vésiculotomie pratiquée en Amérique, sous prétexte que les vésicules séminales constituent le foyer habituel des toxines gonococciques, causes efficientes des manifestations rhumatismales.

A cela, il y a une double raison. La première, c'est que ces moyens ne peuvent être appliqués que dans des centres importants, par des spécialistes exercés et prudents ; la seconde, que beaucoup de ces procédés n'ont pas encore fait suffisamment leurs preuves pour entrer dans la pratique courante.

Rhumatisme blennorrhagique des enfants.

Comme chez l'adulte, le rhumatisme blennorrhagique des enfants est presque toujours la conséquence de l'infection des voies génito-urinaires. Chez les garçons, il est causé par l'uréthrite ; chez les petites filles, par la vulvo-vaginite, l'urèthre étant rarement touché.

Pour que l'atteinte articulaire se produise, une contagion est donc nécessaire. Or je rappelle que celle-ci résulte d'un viol ou d'un contact involontaire avec une personne ou un objet de toilette infectés. Ainsi s'expliquent ces transmissions familiales, dues par exemple à ce qu'un enfant couche avec sa mère, dont les draps sont imprégnés de pus gonococcique.

Aussi le rhumatisme blennorrhagique peut-il se déclarer dès l'âge le plus tendre. Au congrès de Bordeaux de 1895, Haushalter de Nancy a cité le cas d'un petit garçon de 25 jours qui présentait en même temps une ophtalmie

purulente, une arthrite du poignet gauche et du genou droit. Une ponction articulaire donna un liquide louche, contenant des gonocoques.

Il n'y a pas lieu d'exposer ici la symptomatologie, non plus que le traitement et les complications de ces localisations blennorrhagiques, leur description ne différant en rien de celles qui se produisent chez les adultes. Notons toutefois qu'elles sont moins nombreuses.

Ce que nous tenons aussi à faire remarquer, c'est que le pronostic est beaucoup plus favorable et que la guérison est la règle.

Abordons maintenant l'étude des répercussions de la Blennorrhagie du côté des grands systèmes de l'économie. Sans doute, la plupart de ces répercussions peuvent accompagner les arthrites. Mais, le plus souvent, elles en sont indépendantes. Aussi leur description mérite-t-elle d'être séparée des manifestations précédentes qui se rattachent directement au rhumatisme.

II. — Complications nerveuses.

Il existe dans la science des observations qui démontrent que l'infection blennorrhagique peut atteindre le cerveau, la moelle ou le système nerveux périphérique.

Complications cérébrales de la Blennorrhagie

Leur rareté est extrême et leur nature réelle, encore discutée. Il semble néanmoins possible d'incriminer le gonocoque, au moins dans quelques cas. Un fait, cité par un auteur russe, le docteur Biek, semble très suggestif à cet égard.

Il s'agissait d'un homme de 48 ans, atteint de gonorrhée datant d'un an. Depuis six jours, cette gonorrhée avait subi une recrudescence, lorsque tout à coup le malade présenta un délire furieux, suivi à courte échéance de coma et de mort.

A l'autopsie, dans les exsudats qui tapissaient la pie-mère, on découvrit des gonocoques.

Quoiqu'il en soit, on a cité, dans le cours de blennorrhagies,

des cas de délire vésanique, d'ictus apoplectique avec hémiplégie consécutive, enfin l'apparition de névroses, qui n'existaient pas auparavant, telles que : la neurasthénie et l'hystérie.

J'accorde que la plupart de ces observations auraient besoin d'être révisées. En leur donnant, comme point de départ, l'infection gonococcique, on n'a peut-être pas suffisamment pensé à l'influence de l'alcoolisme, à la prédisposition nerveuse héréditaire. Cependant, il est rationnel de supposer que, sous l'influence de la blennorrhagie, les accidents qui dérivent de ces tares ont été déclanchés, en supposant que l'action directe du gonocoque doive être écartée.

Bref, la nature réelle de tous les troubles cérébraux cités par les auteurs ne pourra être affirmée que dans les cas où des autopsies, heureusement rares, auront révélé la présence du microbe de Neisser.

Complications médullaires.

Nous pouvons répéter, pour les complications médullaires ce que nous avons dit des complications cérébrales de la Blennorrhagie. Là encore, il s'agit d'une localisation très exceptionnelle. Cependant le nombre des observations, que l'on considère comme authentiques, est un peu plus élevé que celui des prétendus accidents cérébraux.

Dans les faits rapportés par les auteurs, c'est en général au cours de la quatrième semaine que la répercussion médullaire s'est produite.

Elle a consisté en phénomènes de méningo-myélite vulgaire, décelés par des troubles sensitifs, moteurs et trophiques.

Les malades accusaient des douleurs lombaires, accompagnées de douleurs en ceinture plus ou moins violentes.

Puis la paraplégie s'installait, avec perte de sensibilité des membres inférieurs, rétention ou incontinence des urines et des fèces, exagération des réflexes rotuliens, enfin atrophie musculaire.

Quoiqu'il en soit, le pronostic doit être très réservé. Il a été grave dans les cas où les muscles avaient subi une atrophie considérable. On a vu des malades succomber. Ils ont guéri au contraire lorsque les troubles trophiques ont été légers et que le fonctionnement vésico-rectal est resté intact.

En dehors de la myélite, il y aurait eu des cas de méningite cérébro-spinale. Mais ceux-ci sont encore plus exceptionnels.

TRAITEMENT

Quel doit être le traitement de la méningo-myélite blennorrhagique ?

Pendant la phase aiguë, nous sommes pour ainsi dire désarmés. Nous ne possédons pas de moyens capables d'agir efficacement contre la paraplégie et la perte complète de la sensibilité, non plus que pour prévenir l'atrophie musculaire. On soutiendra le malade par des préparations toniques. S'il existe de la rétention d'urine, on évacuera, matin et soir et même plus souvent s'il est nécessaire, la vessie, en se servant d'une sonde molle en caoutchouc et prenant les précautions d'asepsie les plus minutieuses; car chez ces malades, la tendance à l'infection doit tenir constamment l'esprit en éveil. On luttera contre la constipation, qui accompagne ordinairement l'inertie vésicale à l'aide de lavements d'eau bouillie, additionnée ou non d'une cuillerée à soupe d'huile ou de glycérine. Si, au contraire, les sphincters de la vessie et de l'anus ne remplissent plus leur rôle, une propreté rigoureuse sera l'indication essentielle.

Ce n'est que plus tard, contre les séquelles de la maladie, c'est-à-dire la paresse des mouvements, l'atrophie musculaire que l'aide du médecin sera réellement efficace. Les frictions stimulantes avec, par exemple, le baume de Fioraventi, mélangé d'acide salicylique dans la proportion de 2 o/o de baume, le massage, l'électricité seront mis en œuvre. Il ne faudra pas oublier surtout de traiter la blennorrhagie, auteur apparemment responsable de l'orage médullaire.

Est-on en droit de l'affirmer ? Voici la double raison qui milite en faveur de cette hypothèse.

La première, celle de la coïncidence avec une blennorrhagie, n'est pas concluante. On ne peut cependant méconnaître tout à fait la valeur de cet argument, attendu que, dans la plupart des observations publiées, c'est de la troisième à la sixième semaine de l'écoulement que les accidents médullaires ont éclaté.

Le second en revanche est indiscutable. On trouve en effet dans le journal de Ricklin un fait du docteur Rombach,

où le gonocoque fut découvert dans le liquide céphalo-rachidien et un autre semblable de Morelli (Riv. di clin. med. 1911).

Il est encore rationnel de supposer, qu'en l'absence du germe de Neisser, les toxines qu'il élabore adultèrent les éléments médullaires et produisent les foyers de myélite, révélés par certaines autopsies.

Complications nerveuses périphériques.

Les complications nerveuses périphériques de la Blennorrhagie sont de deux sortes. Elles consistent en névralgies ou névrites.

Les premières sont relativement fréquentes ; les secondes, rares.

NÉVRALGIE SCIATIQUE

Dans les névralgies, le nerf le plus souvent atteint est le sciatique. Les douleurs, qui en résultent, coïncident avec le rhumatisme blennorrhagique. La fréquence de cette névralgie est relativement élevée, puisque M. le professeur Fournier l'a constatée six fois sur 39 cas d'arthrites gonococciques.

Elle apparaît ordinairement dans le cours du deuxième ou troisième mois de la blennorrhagie.

Sa symptomatologie ressemble à celle de la sciatique vulgaire.

C'est dans le mode d'évolution qu'elle présente quelques différences.

L'apparition est soudaine et les signes atteignent d'emblée leur maximum d'intensité.

Mais la durée est relativement courte ; elle dépasse rarement quinze à vingt jours. On la voit cependant dans certains cas se montrer très rebelle.

Le traitement de la sciatique blennorrhagique ne diffère pas de celui de la sciatique ordinaire. On aura recours au repos, aux sédatifs de la douleur, à l'enveloppement ouatée, aux révulsifs ; mais on s'occupera surtout de l'écoulement uréthral. Car certaines observations démontrent que la maladie peut être jugulée, par les moyens qui suppriment la blennorrhagie.

C'est là un des arguments les plus convaincants de la nature gonococcique de cette névralgie.

Mais il y en a d'autres : son retour coïncidant avec chaque blennorrhagie nouvelle, son évolution spéciale, enfin ses exacerbations accompagnant celles de la phlegmasie uréthrale.

AUTRES NÉVRALGIES

On a signalé encore, à titre exceptionnel : la névralgie crurale, caractérisée par des douleurs occupant la face antérieure de la cuisse et le scrotum. Quelquefois l'hyperalgésie se prolonge jusqu'au pied, en suivant le trajet du nerf saphène interne, qui innerve, comme l'on sait, les téguments de la partie interne du genou, de la jambe et du pied.

Citons enfin la névralgie intercostale, avec ses trois foyers douloureux, postérieur, latéral et antérieur.

NÉVRITES

Bien que les névrites soient rarissimes, nous devons néanmoins les mentionner, car il en existe quelques observations qui semblent indéniables.

Le type clinique le plus souvent rencontré a été la névrite, localisée aux membres inférieurs.

Puis on a constaté quelques faits de névrites généralisées ou de névro-tabès.

Les symptômes de ces lésions nerveuses ressemblent à ceux qui appartiennent aux névrites vulgaires.

Quand il s'est agi de névrites généralisées, on s'est trouvé en présence de paralysies sensitives et motrices plus ou moins étendues, d'atrophies musculaires, de réactions de dégénérescences nerveuses.

Dans les cas de névro-tabès, les signes de Romberg et de Westphal, les phénomènes d'ataxie ont prédominé.

Pendant la phase aiguë, les indications thérapeutiques ne diffèrent pas de celles qui s'appliquent à la méningo-myélite. Comme dans cette dernière affection, on ne peut agir que sur les séquelles et par les mêmes moyens. Mais il importe surtout de traiter la Blennorrhagie, dont la guérison ne manque pas de seconder l'efficacité des autres remèdes.

III, — Complications auriculaires.

Sauf erreur de ma part, il n'existe dans la science que quelques observations d'otites moyennes ou profondes,

attribuables à la Blennorrhagie. La preuve en a été fournie par la découverte du gonocoque dans le pus des oreilles.

Je me borne à indiquer cette complication, tant elle est rare.

IV. — Complications oculaires.

Si l'oreille est atteinte à titre tout à fait exceptionnel, il n'en est pas de même de l'œil, exposé à subir un des accidents les plus redoutables de l'infection gonococcique.

On désigne sous le nom d'ophtalmie blennorrhagique l'ensemble des lésions oculaires dont l'écoulement uréthral est responsable.

Cette dénomination commune rapproche deux maladies, séparées cependant par des différences radicales.

L'une, de beaucoup la plus grave, est due au transport dans l'œil du pus infectieux. C'est l'ophtalmie par contagion.

L'autre, relativement bénigne, mérite le nom d'ophtalmie rhumatismale. Elle apparaît spontanément dans le cours d'une blennorrhagie et coïncide presque toujours avec les manifestations du rhumatisme spécial, que nous avons décrit.

Ophtalmie par contagion.

L'ophtalmie par contagion ou d'origine exogène peut atteindre non seulement les adultes, mais les nouveau-nés.

ÉTIOLOGIE

Chez l'adulte, la maladie résulte le plus souvent du transport direct du pus à l'œil par les doigts, imprégnés des sécrétions uréthrales. Mais la contagion peut encore s'opérer d'autres manières, par les objets de toilette, les éponges, les linges qui servent de véhicule à l'agent infectieux. Les médecins, qui soignent les blennorrhagiens, ont aussi des précautions à prendre. Ils ne doivent pas regarder de trop près un canal infecté. En décollant les lèvres du méat, ils risqueraient de recevoir dans les yeux le pus, accumulé derrière l'obstacle et projeté avec violence, au moment de la rupture des adhérences. Le pansement d'un malade atteint d'ophtalmie est également un danger. Bref, il faut éviter à tout prix les causes nombreuses capables d'amener le contact d'une parcelle de pus avec l'appareil oculaire.

Symptômes

1° Forme aiguë

Les accidents éclatent brutalement cinq ou six heures après l'inoculation.

Les malades ressentent d'abord une cuisson plus ou moins vive, suivie de larmoiement. Presque immédiatement, la conjonctive rougit, les paupières se gonflent et en quelques heures la maladie arrive à la période d'état.

Les paupières sont alors tellement tuméfiées que la supérieure recouvre en tout ou en partie l'inférieure, ce qui donne à la physionomie un aspect étrange.

La sécrétion purulente ne tarde pas à être profuse. D'abord formée d'un mélange de pus et de larmes, elle devient promptement opaque, jaune verdâtre et s'accumule dans le grand angle de l'œil. De là, elle s'écoule sur la joue dont elle irrite et excorie les téguments. Mais souvent aussi, une couche énorme de pus s'amasse derrière les paupières et les colle en se concrétant. Lorsqu'on sépare les bords, la sécrétion peut être projetée avec violence et atteindre les yeux du médecin.

Il y a d'autant plus de précautions à prendre que l'examen de l'œil est très difficile et très douloureux. Ce n'est qu'à grand'peine que l'on arrive à écarter un peu les paupières l'une de l'autre.

On constate alors que la conjonctive est rouge foncé, que sa surface est granuleuse et saigne facilement.

Dans quelques cas, elle se recouvre d'une couche de pus concret, simulant une pseudo-membrane, que l'on enlève d'ailleurs aisément. Plus rarement, cette pseudo-membrane contient des îlots grisâtres très adhérents, qui offrent un aspect franchement diphtéroïde.

Ce qui attire encore l'attention, c'est le gonflement énorme chez certains malades de la conjonctive, qui, dans le cul-de-sac inférieur, forme un bourrelet volumineux, au point d'éverser la paupière et d'entraîner un ectropion.

On retrouve autour de la cornée un bourrelet semblable, qui franchit ses bords et la cache partiellement.

C'est le développement de ce chémosis, qui constitue le danger de l'ophtalmie blennorrhagique.

Si l'on tarde en effet à intervenir, la cornée troublée dans sa nutrition s'altère très rapidement. On voit alors se dessiner à sa surface des taches grises, opaques, capables de

disparaître, mais aussi de donner naissance à des ulcérations. Si celles-ci n'occupent que la partie superficielle de la membrane, elles guérissent en laissant des opacités de la cornée. Mais supposez qu'elles en occupent toute l'épaisseur, une perforation peut se produire. Quand elle est petite, elle se ferme ordinairement sans occasionner de troubles ultérieurs. Mais lorsqu'elle est plus étendue, elle livre passage à l'iris, d'où la production d'un staphylôme, qui prend l'aspect d'une fongosité rougeâtre. Cette masse herniée contracte des adhérences avec les bords de l'ouverture cornéenne et la cicatrisation s'opère, non sans troubler sérieusement la vision de l'œil atteint. Il faut savoir en outre que le malade reste exposé dans l'avenir aux conséquences graves d'un glaucome aigu.

Quoiqu'il en soit, la lésion la plus dangereuse consiste dans l'infiltration rapide de la cornée. Celle-ci devient opaque, au point de dissimuler la pupille, puis elle se ramollit et prend l'aspect d'un morceau de parchemin mouillé. Elle ne tarde pas alors à se détacher, de sorte que l'iris et le cristallin sont projetés en avant ; l'œil se vide et sa perte est complète.

Chose remarquable, l'ophtalmie purulente est apyrétique dans la plupart des cas. Lorsque la fièvre éclate, c'est que les parties profondes de l'œil sont envahies. Mais, dès le début, les souffrances sont vives et s'aggravent, quand se produisent les altérations de la cornée. Les malades accusent des douleurs pongitives dans les paupières, l'intérieur de l'œil et même la région péri-orbitaire. Ces douleurs deviennent intolérables, quand on essaie d'ouvrir l'œil. Ajoutons, pour compléter ce tableau, que l'état général est mauvais et l'insomnie constante.

MARCHE ET TERMINAISON

Ce qui caractérise l'ophtalmie purulente blennorrhagique, c'est son évolution pour ainsi dire foudroyante. Si la thérapeutique n'intervient pas avec la dernière énergie, en deux à trois jours l'œil peut être perdu.

Lorsqu'au contraire, le médecin met en batterie immédiate les moyens puissants dont il dispose, on voit progressivement diminuer, puis disparaître le gonflement des paupières, l'œdème sous-conjonctival et le chémosis péricornéen.

Pendant quelque temps, la face intérieure des paupières reste rouge et ce que l'on peut craindre, c'est le développement de granulations, qui entretiennent une sécrétion séreuse, mêlée de flocons purulents.

La maladie reste presque toujours unilatérale. Il faut néanmoins prendre des précautions constantes, pour qu'aucune parcelle de pus ne soit transportée d'un œil sur l'autre. Si cet accident arrivait, ce serait la perte éventuelle de la vision.

2° Forme subaiguë.

Toutes les ophtalmies blennorrhagiques n'offrent pas cependant une marche aussi terrifiante. Il y a des formes atténuées. L'évolution en est lente et la symptomatologie beaucoup moins bruyante. L'œdème des paupières est léger, le chémosis n'existe pas. On observe que la rougeur de la conjonctive et une légère infiltration sous-muqueuse. L'exsudation purulente enfin est peu marquée.

Néanmoins, il faut savoir que ces ophtalmies, bénignes d'apparence, peuvent être très perfides. Parfois la cornée se désagrège insidieusement et si l'on n'intervient pas en temps opportun, le malade risque encore de perdre l'œil. Bref, on doit se méfier d'une sécrétion conjonctivale, même minime, dans le cours d'une blennorrhagie.

Ophtalmie rhumatismale.

A côté des ophtalmies qui résultent d'une inoculation directe, on peut assister dans le cours d'une blennorrhagie à des accidents oculaires sans rapport aucun avec un élément contagieux.

Ces accidents d'ailleurs présentent des caractères spéciaux. Ils coexistent ordinairement avec le rhumatisme blennorrhagique, de préférence avec la forme polyarticulaire.

Ils atteignent les deux yeux, soit d'emblée, soit en passant successivement d'un œil sur l'autre.

La sécrétion qui les accompagne n'est pas purulente, mais simplement catarrhale et minime.

Leur évolution est bénigne.

En revanche, ils peuvent se reproduire à l'occasion de chaque blennorrhagie nouvelle.

Au point de vue clinique, on constate deux formes principales : la conjonctivite et l'iritis.

Conjonctivite.

Trois particularités distinguent la conjonctivite : des phénomènes objectifs légers, des troubles fonctionnels et des signes subjectifs quasi nuls.

L'œil est plus ou moins rouge, un chémosis sans importance soulève la conjonctive bulbaire. Quand la cornée est atteinte, ce qui est rare, elle ne l'est que très superficiellement. A sa surface, on constate quelques vésicules. La sécrétion est minime, purement catarrhale.

Il n'y a ni photophobie, ni douleurs proprement dites ; à peine note-t-on une légère cuisson ou une sensation de gravier dans l'œil.

Cet état dure dix à vingt jours, puis disparaît, sans laisser de traces.

Ordinairement la conjonctivite est bilatérale, mais elle peut être d'abord unilatérale, puis secondairement atteindre l'autre œil.

Iritis.

Cette lésion offre les caractères attribués à l'iritis séreuse, c'est-à-dire :

1° Une rougeur de la conjonctive avec cercle vasculaire péri-cornéen ;

2° Une modification de la couleur de l'iris. S'il est naturellement bleu ou gris, il devient vert ; s'il est noir, il prend une teinte rougeâtre ;

3° La pupille est rétrécie et réagit lentement à la lumière ;

4° Il existe en même temps de la photophobie et du larmoiement ;

5° Le malade accuse enfin des douleurs périorbitaires et se plaint d'avoir la vue trouble.

Cette altération de la vision est due à des exsudats plastiques, qui siègent dans la chambre antérieure et que l'on peut découvrir à l'aide de l'éclairage oblique.

La marche de cette iritis est très variable. Après avoir atteint son maximum en quelques jours, tantôt elle disparaît progressivement sans laisser de traces ; tantôt brusquement, pour céder la place à une manifestation articu-

laire. Quoiqu'il arrive, il est nécessaire que la thérapeutique intervienne aussitôt que possible. Autrement on risquerait une durée de plusieurs semaines ou des synéchies plus ou moins persistantes.

La conjonctivite et l'iritis constituent les manifestations les plus fréquentes de l'ophtalmie blennorrhagique rhumatismale. Mais on rencontre aussi parfois l'inflammation de la glande lacrymale ou dacryo-adénite, la névrite optique et enfin très rarement la phlegmasie de la capsule de Tenon ou Ténonite.

Dacryo-adénite.

En voici les caractères :

L'affection étant habituellement bilatérale, les deux paupières supérieures sont œdématiées.

En les écartant, on constate que la conjonctive est atteinte de chémosis.

L'œil est refoulé en bas et en dedans. En explorant le pourtour de l'orbite, on s'explique aisément cette position du globe par la constatation d'une tumeur qui siège en haut dans le tiers externe du cul-de-sac conjonctival et n'est autre que la glande lacrymale tuméfiée et douloureuse. On sait en effet que cette glande occupe normalement la portion externe et supérieure de l'orbite.

Il existe en même temps des douleurs spontanées ou provoquées par la pression, continues ou intermittentes.

La dacryo-adénite se complique souvent d'iritis; quand la phlegmasie reste limitée à la glande lacrymale la résolution s'opère en quelques semaines.

Névrite optique.

La névrite optique se révèle par l'abolition brusque de la vision. A peine le malade peut-il compter les doigts à une distance de un mètre et demi.

La pupille est sensiblement plus large.

Les réflexes lumineux et accommodateurs sont souvent abolis.

Si l'on peut se servir d'un ophtalmoscope, on constate que la pupille est œdématiée ; les contours en sont voilés.

Les veines apparaissent dilatées, flexueuses et les artères au contraire, filiformes.

Le pronostic de la névrite est toujours sérieux. Il est possible que la vision soit perdue sans retour, par suite de l'atrophie du nerf optique. Un tel désastre est heureusement très exceptionnel. Dans la généralité des cas, la vue redevient complète ou ne subit que des altérations légères.

Ténonite.

L'inflammation de la capsule de Tenon est tellement rare, qu'elle ne mérite qu'une mention très courte. Cependant on ne peut en ignorer l'existence et voici les caractères qui permettent de la dépister.

La paupière supérieure est œdématiée et tombante. En entr'ouvrant l'œil, on constate une exophtalmie très apparente et un chémosis incolore autour de la cornée. Le globe oculaire est immobilisé. Quand on cherche à le repousser dans l'intérieur de l'orbite, le malade accuse une vive douleur.

En général, tous ces symptômes s'amendent assez vite et l'organe récupère son aspect et ses fonctions normales.

En résumé, si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur les accidents oculaires qui accompagnent la blennorrhagie, on conclut qu'il existe deux modalités bien différentes : l'une, l'ophtalmie de contagion est une maladie accidentellement surajoutée à une autre maladie, et capable, par conséquent, d'atteindre un sujet exempt de tout écoulement uréthral ; l'autre, l'ophtalmie rhumatismale, n'est qu'un des symptômes de l'état gonococcique. A ce titre, elle mériterait bien davantage que la première la dénomination d'ophtalmie blennorrhagique.

Traitement des complications oculaires de la blennorrhagie.

Nous voici arrivé au chapitre le plus intéressant, c'est-à-dire à la thérapeutique. Il est capital de la connaître minutieusement ; car elle est ici toute puissante et capable de prévenir des désastres irréparables.

Occupons-nous d'abord du traitement de l'ophtalmie purulente, sans conteste la plus grave.

De la prophylaxie nous ne dirons rien. En énumérant

les causes qui provoquent la suppuration de l'œil, nous avons indiqué les dangers à courir et les précautions à prendre.

Mais quand le pus a pénétré dans l'œil et que la maladie est confirmée, que devons-nous faire ?

« Le premier principe à poser, a dit Ricord, c'est la rapidité et l'énergie dans les moyens à employer. »

Traitement de l'ophtalmie purulente de l'adulte.

Si l'on peut intervenir dès le début, c'est-à-dire à la période où il n'existe encore que de la cuisson et du larmoiement, un lavage matin et soir avec une solution permanganatique à 1/5000e et, dans l'intervalle, l'application de compresses trempées dans l'eau glacée suffisent. Il faut s'abstenir de cautérisations.

Malheureusement, dans la pratique ordinaire, il n'en est pas ainsi. Quand le malade s'adresse au médecin, l'œil est en pleine purulence.

La première indication est de déterger les paupières et de s'opposer à la stagnation du pus.

LAVAGES

Voici d'abord l'outillage nécessaire :

1° Un bock de la contenance de 2 litres ;

2° Un tube en caoutchouc, reliant le bock à une canule en ébonite.

Comme antiseptiques, choisir de préférence une solution de sublimé à 1/10000e et même à 1/5000e ou de permanganate de potasse à 1/4000e, c'est-à-dire des paquets de sublimé de 0 gr. 10 et 0 gr. 20 ou de permanganate de 0 gr. 25 pour un litre d'eau.

Le bock doit être placé à 30 centimètres au-dessus de l'œil. Il importe de ne pas l'élever davantage. Autrement la pression serait trop forte.

On introduit alors la canule irrigatrice sous la paupière supérieure et on lave avec beaucoup de soin le cul-de-sac correspondant. La même opération est répétée pour la paupière inférieure et son cul-de-sac.

A chaque lavage il faut faire passer au moins un litre de la solution, de façon à ce que l'œil soit complètement détergé.

Le liquide doit être tiède, c'est-à-dire porté à 35° environ.

Si la suppuration est abondante, le lavage sera renouvelé toutes les heures et, dans l'intervalle, on tiendra sur l'œil des compresses trempées dans l'eau boriquée très froide.

Une fois par jour, tant que la sécrétion du pus persistera, la conjonctive sera cautérisée avec une solution de nitrate d'argent à 1/50e.

Pour que cette opération soit efficace, il est nécessaire que le caustique atteigne toutes les parties malades. Aussi est-il indispensable de retourner les paupières.

Cette manœuvre, dont les oculistes ont l'habitude, n'est pas aussi aisée qu'on pourrait le croire.

CAUTÉRISATION

Voici la façon de procéder :

Pour renverser la paupière supérieure, on saisit d'une main son bord libre, que l'on abaisse légèrement.

De l'autre main on appuie le manche d'un pinceau dans le sillon orbito palpébral et, sur cette partie résistante, on fait basculer l'organe.

L'inférieur est retourné en enfonçant l'extrémité de l'index d'une main entre le globe et le rebord orbitaire et tirant le bord ciliaire de l'autre main.

L'intérieur des paupières mis à nu, on nettoie la conjonctive avec des tampons d'ouate hydrophile sèche, puis protégeant la cornée à l'aide d'une mince couche de coton stérilisé, imprégné d'une solution boriquée, on passe sur la conjonctive un pinceau, trempé dans la solution de nitrate à 1/50e.

Dès que la cautérisation est terminée, il faut avoir le soin de neutraliser l'excès de nitrate en irriguant l'œil avec une solution saturée de chlorure de sodium.

A la place du nitrate d'argent, on pourrait employer le protargol, qui est un albuminate d'argent, en solution à 20 et même 50 o/o. Mais si ce dernier sel est moins douloureux, il est moins énergique que le nitrate qui doit rester le topique de choix dans une affection aussi grave.

Il se peut que les paupières soient tellement tendues et rigides que le retournement en soit impossible. Dans ces conditions, il faut s'adresser à la liqueur de Labarraque, solution d'hypochlorite de soude. C'est un excellent désin-

fectant, deux fois et demie plus antiseptique que le sublimé à 1/5000e.

Si l'ophtalmie est intense, on débutera par un lavage toutes les heures, avec une solution d'hypochlorite à 50 gr. 0/00, c'est-à-dire à 1/20e. Puis, quand la sécrétion purulente tendra à diminuer, on abaissera le titre de la solution à 1/50e, soit 20 gr. 0/00.

Pendant toute la durée de la période d'état, on s'efforcera d'entr'ouvrir les paupières pour se rendre compte de l'état de la cornée. Si l'on aperçoit une ulcération minime, il faudra instiller dans l'œil, trois à quatre fois par jour, le collyre suivant :

Sulfate d'ésérine....................	0 gr. 05
Eau distillée..........................	15 gr.

L'ésérine a non seulement la propriété de contracter la pupille, mais elle abaisse la pression oculaire, diminue la sécrétion conjonctivale, atténue enfin la photophobie et les douleurs sus-orbitaires. Par ces actions multiples, l'ésérine favorise la cicatrisation de la perte de substance.

Si celle-ci tend à se propager, il faut toucher sa surface avec une très fine pointe de thermo-cautère.

Quand la perforation de la cornée est inévitable, le malade doit être mis au repos le plus absolu et l'ésérine continuée. On prévient ainsi l'expulsion brusque du cristallin et du corps vitré. Plus tard, l'oculiste sera seul juge des procédés à mettre en œuvre pour atténuer les effets du désastre.

MOYENS ACCESSOIRES

Bien que l'ophtalmie purulente soit surtout justiciable de la médication topique, il ne faut pas négliger les moyens accessoires, tels que : l'application de 2 à 3 sangsues à chaque tempe ou derrière chaque oreille, le calomel à doses réfractées, soit 0 gr. 05 toutes les deux heures, jusqu'à effet purgatif, des frictions mercurielles, dont l'arrêt ne sera commandé que par une salivation légère. D'autre part, le médecin n'hésitera pas à prescrire des narcotiques contre la douleur et l'insomnie.

Il faut enfin ne pas oublier de préserver l'œil sain de la contagion. On y arrive par une occlusion hermétique. Celle-ci est réalisée à l'aide d'un tampon d'ouate stérile, maintenu

en place avec des bandelettes de diachylon, que l'on colle sur chaque rebord orbitaire. Le tout est recouvert d'un bandeau.

Le patient prendra en même temps la précaution de se coucher sur le côté malade, de crainte que la sécrétion de l'œil atteint, franchissant le dos du nez, ne vienne s'insinuer sous le pansement et infecter l'autre œil.

Il sera du reste nécessaire d'enlever une fois par jour l'appareil, pour s'assurer que du côté épargné la vision reste intacte.

Lorsque l'ophtalmie purulente revêt l'aspect pseudo-diphtérique, le nitrate d'argent est contre-indiqué. Son application augmenterait la production des fausses membranes. C'est aux attouchements avec du jus de citron qu'il faut recourir, après avoir détergé la muqueuse.

Les moyens que nous venons de décrire doivent être continués tant que se produit la purulence de l'œil. Quand la sécrétion est tarie et que l'œil peut s'ouvrir facilement, des lavages à l'eau boriquée tiède suffisent à la complète guérison.

Mais il peut arriver qu'il persiste un épaississement de la muqueuse et des granulations conjonctivales. Le médecin ne triomphera de celles-ci, qu'en les cautérisant avec persévérance à l'aide d'un crayon de sulfate de cuivre.

Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés.

On peut dire, sans être taxé d'exagération, que les 2/3 des ophtalmies des nouveau-nés sont provoqués par le gonocoque. La contamination se produit au moment de la naissance, pendant le passage de la tête de l'enfant à travers les parties génitales de la mère, atteinte de blennorrhagie, et l'on sait combien nombreuses encore sont les femmes qui présentent à l'état chronique cette maladie.

C'est, en général, deux ou trois jours après la naissance que se manifeste l'affection oculaire.

Nous n'insisterons pas sur sa symptomatologie ; elle est la même que chez l'adulte, bien qu'un peu moins violente. Aussi l'atteinte de la cornée est-elle plus rare.

Le traitement doit être avant tout prophylactique.

Pendant la grossesse, on soignera les parties où se loca-

lise le gonocoque, c'est-à-dire la vulve, l'urèthre, le vagin. Malheureusement, forcé de s'abstenir de toute intervention utérine, on laissera de côté la métrite, qui sera une menace pour les yeux de l'enfant.

Au moment de l'accouchement, les soins de désinfection, soit le permanganate à 1 0/00 ou le sublimé à 1 pour 2000, seront encore plus minutieux, si l'on a le moindre doute sur l'état des parties. D'ailleurs, ces précautions rendront les plus grands services à la mère, en la préservant, autant que possible, des inoculations ascendantes qui se produisent si facilement à l'heure de la parturition.

Immédiatement après la toilette du nouveau-né, on nettoie avec un tampon imbibé d'eau boriquée les paupières ; puis, les entr'ouvrant, on instille dans chaque œil deux gouttes de nitrate d'argent à 1/50e, dont on neutralise l'excès caustique en seringuant une solution saturée de chlorure de sodium.

Si, malgré ces mesures, l'ophtalmie se déclare, le traitement ne diffère en rien de celui de l'adulte et la description, que je pourrais en faire, ne serait qu'une redite.

Traitement de l'ophtalmie rhumatismale.

Le traitement de l'ophtalmie rhumatismale est beaucoup plus simple. On sait du reste que l'affection est infiniment moins grave.

Nous nous bornerons à indiquer les moyens qui s'appliquent aux modalités que l'on rencontre habituellement, c'est-à-dire à la conjonctivite, la dacryo-adénite et l'iritis. Je rappelle que la névrite optique et la ténonite sont tout à fait exceptionnelles. Si le médecin en constatait les signes, il ne devrait pas hésiter à adresser son malade à un oculiste. Il s'agit en effet d'une cure délicate, ne pouvant guère être conduite à bien que par un spécialiste expérimenté.

Traitement de la conjonctivite et de la dacryo-adénite. — Il est le même dans les deux cas et consiste en moyens très simples. On pourrait même presque soutenir que l'expectation, aidée de soins hygiéniques, est suffisante. Quoiqu'il en soit, le médecin ne doit pas paraître désarmé. Aussi, conseillera-t-il à son client des lavages ou des pulvérisations

d'eau boriquée tiède. Le port de conserves légèrement fumées sera également utile.

Traitement de l'iritis. — Celui-ci est plus compliqué. Il faut d'abord absolument interdire tout travail susceptible de fatiguer la vue, puis recommander l'application d'un bandeau flottant.

Matin et soir, on instillera dans l'œil deux à trois gouttes du collyre à l'atropine suivant :

Sulfate d'atropine......................	0 gr. 05
Eau distillée..........................	10 gr.

Si l'inflammation est très vive, deux sangsues seront posées à chaque tempe ou derrière chaque oreille.

On pourra également recourir à la révulsion intestinale en faisant prendre tous les deux jours un verre ou un demi-verre à bordeaux d'eau de Rubinat ou de Carabana.

Si la douleur est vive, on la combattra avec le chloral ou la morphine, en injections sous-cutanées.

Mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est de traiter en même temps la blennorrhagie, point de départ de tous les accidents. En asséchant le canal, on aidera puissamment à la guérison des complications oculaires, dont l'infection générale de l'organisme par le gonocoque est seule responsable.

V. — Complications cutanées.

a) — Complications cutanées éruptives.

Il s'agit de complications rares. Le médecin doit cependant les connaître pour ne pas les confondre avec d'autres éruptions, susceptibles d'apparaître dans le cours de la blennorrhagie, mais néanmoins tout à fait indépendantes d'elle.

Quelles sont les formes objectives des dermatoses qui se rattachent directement aux écoulements de l'urèthre ? FORMES OBJECTIVES

Elles sont multiples et peuvent en quelque sorte présenter toutes les lésions élémentaires de la peau.

On a rencontré en effet des exanthèmes rubéoliformes, scarlatiniformes, des érythèmes eczématiformes, herpétiformes, noueux, urticariens, polymorphes, des éruptions purpuriques enfin.

Conditions étiologiques

Ces répercussions cutanées sont presque exclusivement l'apanage du sexe masculin, puisque, d'après les statistiques, elles sont dix fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme.

Sans aucun doute, il existe une prédisposition individuelle Ce qui le prouve, c'est la reproduction, chez certains sujets, des mêmes éruptions à l'occasion de chaque blennorrhagie nouvelle.

Les excès, les fatigues jouent également un rôle, mais n'agissent qu'à titre de causes efficientes.

Caractères cliniques

La date d'apparition de ces efflorescences est très variable En moyenne, elles éclosent trois semaines après le début de l'écoulement. Mais on les a vues tarder jusqu'à deux mois.

Presque toujours leurs prodromes sont bruyants. On se demande si le patient ne couve pas une maladie grave. On songe à la fièvre typhoïde ou à la variole. L'incertitude dure ainsi deux à quatre jours. Puis l'éruption apparaît et les phénomènes généraux s'apaisent.

Les efflorescences occupent en général le tégument externe. Mais elles peuvent envahir aussi les muqueuses. Des conjonctivites, des pharyngites, des laryngites érythémateuses ont été notées.

Malgré leur étendue, le prurit reste très modéré et leur évolution est rapide.

Dans la plupart des cas, elles se terminent au bout d'une semaine, par une desquamation furfuracée.

Il n'y a à persister que les taches de purpura. Encore, mporte-t-il de faire une distinction.

Si les petits extravasats sanguins se montrent d'emblée, ils peuvent dépendre du surmenage ou d'excès divers.

On n'est guère autorisé à rattacher à la blennorrhagie que les taches purpuriques, se montrant dans le cours d'un

érythème gonococcique et dues à l'intensité du mouvement congestif.

Kératose blennorrhagique.

En dehors des éruptions que nous venons d'indiquer, il peut se produire, à titre tout à fait exceptionnel, puisqu'il n'en existe que 15 observations dans la science, un épaississement énorme des téguments du pied, qui justifie le nom de kératose blennorrhagique, attribuée par les auteurs à cette forme objective.

On ne l'a observée jusqu'ici que dans les blennorrhagies aiguës, franchement infectieuses, compliquées d'arthrites multiples et graves.

Cette kératose siège à peu près exclusivement aux pieds. Elle est bilatérale, symétrique et occupe à la fois la face dorsale et la plante. La jambe est rarement atteinte.

Son apparition est précédée et favorisée par une macération de l'épiderme.

Objectivement, elle se caractérise par deux sortes d'éléments.

Sur le dos du pied, ce sont des cônes cornés, plus ou moins élevés et confluents.

A la plante, c'est un épaississement uniforme de l'épiderme, ressemblant à une véritable semelle.

Autour des cônes cornés et à leur base, on aperçoit deux collerettes concentriques : l'une interne, blanchâtre ; l'autre externe, rosée. Si l'on gratte le sommet du cône, la corne se détache ; au-dessous, on découvre une exulcération.

La maladie est-elle abandonnée à elle-même, promptement se développe un nouvel élément kératosique, qui recouvre la perte de substance.

Ces formations néanmoins ont un terme. Il est rare que la maladie dépasse un mois et demi. Les productions qui hérissent le dos du pied tombent spontanément et la plante se débarrasse par desquamation de la semelle qui l'emprisonne.

Preuves de la nature blennorrhagique de ces éruptions

Quels sont les arguments dont on se sert pour attribuer à l'infection blennorrhagique les éruptions que l'on constate dans le cours des uréthrites à gonocoques ?

Ils ressortent de trois considérations, dont la dernière a une valeur de premier ordre :

1° Ces éruptions apparaissent à la phase active de la blennorrhagie ;

2° Elles s'associent d'ordinaire à d'autres manifestations qui relèvent de la même infection, en particulier aux arthrites rhumatoïdes ;

3° Enfin un auteur allemand, Löhe, a découvert le corps du délit, c'est-à-dire le gonocoque, dans une éruption vésiculeuse, apparue au treizième jour d'un écoulement blennorrhagique.

Diagnostic. On commettrait néanmoins des erreurs fâcheuses, si l'on rattachait à l'infection blennorrhagique toutes les dermatoses que l'on observe au cours de celle-ci. Il faut se méfier des coïncidences. Le fait de les méconnaître exposerait à des fautes thérapeutiques, dont le malade serait la victime.

Or, on peut constater, dans le cours d'écoulements uréthraux, des éruptions qui ressemblent trait pour trait aux efflorescences gonococciques, dont les aspects si variés multiplient les risques de méprises.

S'il est aisé de distinguer une rougeole et une scarlatine vraies des répercussions cutanées blennorrhagiques de semblable apparence, la difficulté s'accroît quand il s'agit d'un érythème copahivique ou syphilitique, d'un psoriasis ou d'une syphilide psoriasiforme plantaire, évoluant dans le cours d'une gonococcémie.

Examinons brièvement les points de repère qui éclairent la route.

Avec la rougeole et la scarlatine, pas d'erreur possible avec tant soit peu d'attention.

Les catarrhes oculaire, nasal, bronchique qui précèdent la première, l'angine intense qui accompagne la seconde, le milieu épidémique enfin, quand il existe, enlèveront toute hésitation.

L'érythème copahivique en revanche, si l'on se bornait aux phénomènes objectifs, serait beaucoup plus embarrassant. Cependant, même à ce point de vue, existe une particularité, dont la valeur diagnostique est indéniable.

Dans l'érythème dû au copahu, il existe au niveau des articulations et de préférence dans le sens de l'extension une

confluence évidente des éléments, que l'on a désignée du reste sous le nom de nœuds éruptifs.

Dans l'érythème blennorrhagique, rien de semblable, les efflorescences sont uniformément réparties.

En dehors de cette considération, il y en a deux autres qui ont non moins d'importance.

L'érythème copahivique n'apparaît qu'après plusieurs jours d'ingestion de la drogue.

Il se renouvelle lorsque le malade y revient et oblige le médecin à changer le traitement.

On devra également éviter de confondre une syphilide érythémateuse ou papuleuse avec des éruptions blennorrhagiques objectivement semblables.

Bien entendu, la difficulté ne se présente que si une blennorrhagie coexiste avec la syphilis ; ce qui est encore assez fréquent.

Ici l'embarras peut être réel. Mais, en pratique, le fait est sans importance. Comme, de toute façon, le traitement mercuriel ou arsénical est indiqué, il doit être prescrit sans hésitation, n'exerçant aucune influence fâcheuse sur la répercussion cutanée gonococcique, si réellement elle existe.

On pourrait encore être tenté de prendre pour un psoriasis la kératose blennorrhagique, qui, dans des cas bien rares, envahit le pied.

Ce siège exclusif, le reste du corps restant intact, la présence de cônes cornés éloignent l'idée de psoriasis.

Dans cette dernière affection, les éléments occupent avec prédilection les coudes et les genoux et y débutent même le plus souvent, avant de gagner le reste du corps. Quelle que soit d'ailleurs l'épaisseur des plaques psoriasiques, elles n'offrent jamais cette disposition conique, que l'on trouve sur le dos du pied des blennorrhagiques.

Enfin, l'on constate quelquefois dans le cours de la syphilis tertiaire une véritable semelle épidermique recouvrant la surface plantaire.

D'abord, en cas de spécificité, la lésion est presque toujours unilatérale. En outre, les bords sont festonnés et ont une couleur rouge foncée. Enfin, il n'y a pas de cônes cornés. En revanche, on constate très souvent la coïncidence d'une syphilide palmaire psoriasiforme.

Traitement. Le traitement des efflorescences blennorrhagiques est très simple. Il suffit de poudrer, matin et soir, les parties atteintes avec amidon. On administrera en même temps tous les deux jours au malade un léger purgatif, à moins que la médication balsamique, si elle a été prescrite, ne provoque par elle-même un peu de diarrhée. Quoiqu'il en soit, il faudra s'occuper de poursuivre activement le « primum movens », c'est-à-dire l'écoulement uréthral.

Si l'on se trouvait par hasard en présence d'une kératose, des applications humides à l'eau boriquée seraient indiquées.

Toutefois ces applications humides n'ont leur raison d'être qu'après le développement complet des cônes cornés, dans le but d'en favoriser le décapage.

Mais ce qui est de beaucoup préférable, c'est de prévenir ces amas épidermiques qui prédisposent à la kératose et dont la production est favorisée par la macération des parties. Aussi est-il important, lorsque la transpiration des pieds est abondante, de renouveler souvent les pansements ouatés pour décaper les parties.

b) — Complications cutanées et sous-cutanées suppuratives.

Les éruptions ne constituent pas l'unique manifestation des répercussions cutanées de la blennorrhagie, l'enveloppe tégumentaire et même le tissu sous-jacent peuvent être envahis par la suppuration.

A cet égard, il existe dans la science un faisceau d'observations indéniables.

Tantôt les collections purulentes dépendent d'une inoculation directe ; tantôt, au contraire, elles traduisent un des effets de l'infection générale.

En fait d'inoculations directes, nous trouvons dans le récent traité du docteur Luys une observation de Meyer, qui semble concluante.

Une domestique, atteinte d'un écoulement vaginal, riche en gonocoques, présenta quelques jours après sur le bord externe du médius droit une grosse vésicule, à la suite d'une écorchure, due au nettoyage des casseroles. Le pus, recueilli dans cette vésicule et ensemencé, montra tant sous le micros-

cope que sur les cultures la présence du gonocoque. Il est très probable que le doigt écorché avait été en contact avec le pus vaginal.

Autre observation : celle de MM. Baudoin et Gastou, citée par le regretté Jullien dans son opuscule sur les : Formes rares de la blennorrhagie.

Un jeune homme, affligé de gonococcie uréthrale, portait à la face interne des cuisses des bouquets de pyodermites ulcérées. Dans plusieurs de ses éléments, on découvrit le diplocoque de Neisser.

Il s'agissait bien dans ce cas d'une inoculation directe. Le pus de la verge, en contact avec les téguments des cuisses, les avait érodés à la longue.

Voulez-vous maintenant des preuves d'inoculations à distance. Voici quatre observations démonstratives :

La première d'Almquist en 1900, citée encore par Jullien, et consistant en un gros phlegmon du pied qui contenait des gonocoques.

On lit les trois suivantes dans le traité de la blennorrhagie de Luys.

Cassel a observé un nouveau-né qui, au cours d'une ophtalmie purulente à gonocoques, eut un rhumatisme articulaire, compliqué d'un abcès au dos. Après incision de cet abcès, l'examen bactériologique du pus montra la présence exclusive du gonocoque.

Campbel, de son côté, rapporte le cas d'un jeune homme de 18 ans, qui, pendant une blennorrhagie de six semaines, fut atteint d'une fracture compliquée. Cette fracture entraîna une suppuration considérable. Or l'examen des cultures de ce pus permit de déceler la présence du gonocoque.

Kerassotis enfin a rapporté un fait encore plus extraordinaire, celui d'un malade de 25 ans, qui, porteur d'une uréthrite blennorrhagique, fut atteint d'un abcès de la région mastoïdienne. Dans cet abcès, l'incision permit de découvrir des gonocoques. La collection purulente et l'écoulement de l'urèthre disparurent en même temps.

D'observations aussi évidentes, il y a lieu de tirer, au point de vue thérapeutique, une triple conclusion :

1° Quand, au cours d'une blennorrhagie, on se trouve en

présence d'une collection purulente, soit voisine, soit éloignée de l'urèthre, il y a lieu de l'ouvrir sans retard, dans l'hypothèse, non d'une simple coïncidence, mais d'un foyer d'infection dont il importe de libérer le malade au plus tôt ;

2° Il faut recommander au patient d'éviter le contact d'un traumatisme de la peau avec la sécrétion uréthrale témoin l'observation de Meyer ;

3° On doit enfin tarir le plus promptement possible le flux blennorrhagique, cause exclusive du transport des germes nocifs, soit dans le voisinage du foyer infectieux primitif, par inoculation directe, soit dans une région plus ou moins distante, par l'intermédiaire probable de la voie sanguine.

VI. — Complications cardio-vasculaires.

Puisque l'on sait aujourd'hui que le gonocoque peut infecter l'organisme, en se servant de la voie sanguine, on ne doit pas être surpris de le voir se fixer en un point de l'appareil circulatoire, pour y provoquer des complications, souvent très graves.

Quand l'infection blennorrhagique envahit le cœur, elle peut en atteindre toutes les parties : endocarde, myocarde, péricarde. Mais c'est surtout sur l'endocarde qu'elle se localise.

Endocardites. Si l'on s'en rapporte à la statistique de Sidney, Thayer et Lazear, citée par le docteur Luys, on voit que le cœur gauche, dans ses valvules aortique et mitrales, est lésé de préférence : 21 cas, contre 3, atteignant le cœur droit valvules pulmonaires et tricuspidiennes.

Il n'y a plus aujourd'hui à mettre en doute la nature gonococcique de ces endocardites. La science possède en effet un stock d'observations qui démontrent la présence des gonocoques, tant par l'examen microscopique que par les cultures.

La lésion cardiaque apparaît soit au début de la blennorrhagie, soit au bout de quelques semaines.

Quels en sont les caractères cliniques ?

Il y a lieu de distinguer deux formes : l'une bénigne, l'autre grave ou maligne.

FORME BÉNIGNE

La forme bénigne se développe souvent insidieusement. Elle peut échapper au clinicien, s'il n'a la précaution d'ausculter souvent les orifices mitral et aortique dans le cours d'une blennorrhagie.

Certains cas néanmoins attirent l'attention. Le malade ressent un malaise général. Il est pris de fièvre et présente les signes d'un embarras gastrique. Les soupçons augmentent encore bien davantage, s'il s'ajoute à ces phénomènes de l'angoisse précordiale, des palpitations et de la dyspnée. L'auscultation du cœur révèle alors dans la plupart des cas un souffle au premier temps d'insuffisance mitrale. Mais les bruits anormaux peuvent siéger aussi à l'orifice aortique et occuper les deux temps, indiquant à la fois un rétrécissement et une insuffisance.

Quoiqu'il en soit, l'endocardite bénigne disparaît en général sans laisser de traces. Malheureusement, ce n'est pas la règle, des lésions permanentes peuvent en être la conséquence.

FORME ULCÉREUSE

Les symptômes de la forme maligne ne diffèrent pas de ceux de l'endocardite ulcéreuse commune. Brusquement apparaissent des frissons et une élévation thermique atteignant 40, et même 41°. Rapidement le malade présente tous les signes soit d'une fièvre typhoïde grave, soit d'une infection purulente.

Si l'état typhoïde prédomine, on constate de la diarrhée avec ballonnement du ventre, des taches rosées lenticulaires ou pétéchiales, des symptômes de congestion pulmonaire et des urines albumineuses.

La ressemblance avec la dothiénenterie est telle, que le diagnostic ne repose que sur l'auscultation de la région précordiale qui révèle l'existence de souffles orificiels. Parfois la lésion cardiaque est indiquée par une hémiplégie due à une embolie cérébrale.

La répétition et l'intensité des frissons annoncent la forme pyohémique. Dès le second jour, la fièvre atteint 40°.

Bientôt apparaissent des signes d'embolies, d'infarctus ou d'abcès.

S'agit-il d'embolie cérébrale, le malade est exposé à la mort subite ou consécutive au coma. En cas de survie, c'est une hémiplégie que l'on constate.

L'aorte descendante peut être obturée par un caillot. La paraplégie en est la conséquence.

Quand le poumon est le siège d'un infarctus, on découvre des signes de pneumonie lobulaire.

L'infarctus de la rate s'accuse par une douleur, avec gonflement de la région splénique.

Celui du rein provoque l'albuminurie et des hématuries.

Enfin, dans quelques cas, des collections purulentes envahissent les articulations, que l'on voit alors grossir et devenir très douloureuses.

Il n'y a encore que la constatation des souffles cardiaques qui permet de distinguer cette forme pyohémique d'une infection purulente, dépendant d'une toute autre cause.

Que le malade soit atteint de l'une ou l'autre modalité, le pronostic est toujours des plus graves.

Dans la forme typhoïde, la mort survient au bout de deux à trois semaines.

La forme pyohémique est encore plus redoutable, le malade est enlevé en huit à dix jours.

Le traitement de l'endocardite ulcéreuse est malheureusement assez précaire.

Il faudra soutenir le cœur par des toniques, en régulariser les battements avec la digitale, recourir enfin à une révulsion énergique à l'aide de ventouses scarifiées et de vésicatoires volants sur la région précordiale.

Péricardites. La péricardite est beaucoup plus rare que l'endocardite. Elle peut coexister avec celle-ci ou en être indépendante.

Cliniquement, elle revêt ses deux formes habituelles : sèche ou liquide.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre, le malade accuse des douleurs dans la région du cœur, des palpitations et de la dyspnée.

Les signes physiques seuls permettent de les distinguer.

Dans la péricardite sèche, on entend un frottement.

S'il existe de l'épanchement, on découvre parfois une voussure. La percussion révèle une matité, en forme de triangle, dont la base est inférieure. Les bruits du cœur sont affaiblis ; le pouls est petit et irrégulier.

Dans le liquide on peut trouver des gonocoques en suspension, ainsi que le démontrent des observations indéniables.

En général, l'infection péricardique est bénigne ; elle se termine par résolution.

Au point de vue thérapeutique, elle est justiciable des révulsifs. On n'oubliera pas non plus de prescrire des toniques pour soutenir le malade.

Myocardite.

La myocardite est encore plus exceptionnelle. Elle n'existe du reste jamais isolée et résulte toujours de l'extension de l'endocardite ou de la péricardite.

Sa nature blennorrhagique est affirmée par la présence du gonocoque, bien et dûment constaté dans les autopsies.

On est en droit de soupçonner cette complication, lorsqu'aux signes de l'endo-péricardite se joignent des battements cardiaques affaiblis, irréguliers et intermittents.

Le meilleur moyen de combattre cette arythmie et cette défaillance du cœur est l'emploi de la digitale à doses prudentes.

Complications vasculaires.

Il est à peine besoin de les mentionner, tant elles sont rares. Cependant, le cadre de cet ouvrage nécessite qu'on ne les passe pas absolument sous silence.

On en a signalé quelques exemples dans les artères et dans les veines.

a) ARTÉRIELLES

Dans le système artériel, l'aorte a été le siège préféré de la lésion.

Une des observations les plus concluantes se trouve dans le bulletin du 31 mai 1907, de la Soc. de Méd. des hôp. Elle est due à MM. Guillain et H. Rendu.

Il s'agissait d'une femme, qui, dans le cours d'une sal-

pingite, fut atteinte d'une aortite thoracique infectieuse. Cette aortite entraîna une gangrène du membre supérieur gauche par oblitération de l'artère sous-clavière et une gangrène du membre inférieur droit, par embolie dans l'artère fémorale.

A l'autopsie, on découvrit dans les parois du vaisseau des diplocoques en grains de café, ne prenant pas le gram et ayant l'aspect caractéristique des gonocoques.

b) Veineuses

Les phlébites blennorrhagiques sont un peu plus nombreuses.

Les observations consignées dans la science démontrent qu'elles peuvent atteindre, en dehors de tout élément rhumatismal, soit les veines de la verge, soit des veines éloignées des organes génitaux.

Cliniquement, leurs symptômes ressemblent à ceux des phlébites en général.

Bien que la preuve de la nature gonococcique n'ait pas été établie, dans tous les cas elle ressort néanmoins clairement d'un fait cité par Wertheim, qui a découvert le gonocoque dans les capillaires veineux d'une vessie atteinte de cystite.

Le pronostic est plutôt bénin. Cependant si la phlébite occupait les veines profondes de la verge, on pourrait craindre la gangrène de l'organe.

L'embolie est encore plus redoutable. Brouardel a cité deux cas de phlébites du ligament large et des sinus prostatiques, qui furent suivis de mort par embolie pulmonaire.

VII. — Complications pleuro-pulmonaires de la blennorrhagie.

a) Pleurésie blennorrhagique.

Sans doute, on avait depuis longtemps constaté dans la plèvre un épanchement pouvant coexister avec une blennorrhagie uréthrale. Les faits de Ricord, Germain Sée, Richet ne laissent aucun doute à cet égard. Mais le gonocoque étant encore inconnu, aucun examen microscopique n'avait eu lieu. On était donc en droit de discuter, sinon de nier, la valeur de ces observations. Aujourd'hui, la preuve est faite. On ne peut opposer aucune objection aux cas de Mazaz,

de Félix Bertrand, de Lemoine et Gallois de Lille, de Géraud de Nice, qui constamment découvrirent le gonocoque dans l'exsudat pleural.

Quels sont les caractères cliniques de la pleurésie blennorrhagique?

Ordinairement, l'épanchement est unilatéral; parfois cependant il est double.

Ce qui le caractérise, c'est la mobilité. Le liquide, d'abondance en général modérée, peut apparaître en quelques heures et disparaître de même.

Il coïncide souvent avec des douleurs articulaires.

La rapidité habituelle de la résorption de l'épanchement est l'indice d'un pronostic favorable.

Il est possible cependant que le cas soit grave et même mortel.

Géraud de Nice a rapporté une observation de pleurésie purulente à gonocoques, chez un jeune homme de 19 ans, atteint d'une blennorrhagie aiguë. Une thoracentèse fut nécessaire pour évacuer le pus. Le malade guérit.

En voici une autre, dont la terminaison malheureusement fut tout autre. Elle est due à MM. Lemoine et Gallois de Lille.

Il s'agissait d'une pleurésie avec épanchement très abondant, qui nécessita plusieurs ponctions et même une pleurotomie. La mort survint dans le marasme. Or le liquide pleural ne contenait que du gonocoque à l'état de pureté.

A propos de ces pleurésies blennorrhagiques, on doit établir une distinction, sur laquelle ont insisté, à juste raison, MM. Lemierre et Faure-Beaulieu.

Ou bien la phlegmasie pleurale est isolée et s'annonce cliniquement comme toutes les pleurésies (c'est de celle-ci dont nous venons de parler); ou elle se perd dans les multiples localisations de la septicémie gonococcique. Lorsqu'il en est ainsi, elle ne constitue guère qu'une trouvaille d'autopsie et ne comporte par conséquent aucune description symptomatique.

b) Complications pulmonaires.

Les complications pulmonaires de la blennorrhagie sont plus rares. Il en existe cependant quelques exemples.

On trouve dans les Arch. de méd. et pharm. militaire, numéro de déc. 1909, le fait suivant rapporté par le docteur Vidal.

Un jeune lieutenant de 23 ans entre à l'hôpital militaire avec des signes de congestion pulmonaire. Six mois auparavant, il avait eu une blennorrhagie qui persistait encore sous la forme d'un léger écoulement. Le lendemain de son entrée, vomique infecte, indiquant l'existence d'un foyer de gangrène. L'examen microscopique de l'expectoration rougeâtre permet de mettre en évidence le gonocoque. Quatre jours après, il est pris de frissons, d'un point de côté violent et de dyspnée. On constate les signes d'un pyopneumothorax. Une thoracotomie donne issue à un flot de pus fétide. Sous l'influence du traitement, le malade s'améliore. Mais un mois après, constatation d'un nouveau foyer de gangrène, seconde vomique et mort.

On a signalé encore des cas de pneumonie typique, déterminés par le gonocoque.

Enfin le regretté professeur Dieulafoy a eu l'occasion de traiter une broncho-pneumonie, dont les exsudats contenaient à la fois des gonocoques et des pneumocoques.

Quoiqu'il en soit, toutes ces observations par leur rareté ne constituent guère que des curiosités scientifiques. Il faut savoir néanmoins qu'elles peuvent exister et, par cela même, inspirer toujours au médecin de la circonspection dans le pronostic de la blennorrhagie.

VIII. — Complications péritonéales.

A propos de l'extension de la blennorrhagie vulvo-vaginale chez la femme et la petite fille, ces complications ont déjà été décrites. Nous n'avons donc pas à y revenir. Notre intention est de montrer que l'homme peut aussi être victime de la propagation au péritoine du processus gonococcique.

Louis Jullien, dans ses leçons sur les formes rares de la blennorrhagie, a cité plusieurs observations, qui paraissent absolument démonstratives.

Il rappelle d'abord qu'Hunter avait déjà signalé l'infection péritonéale à la suite de l'orchite.

Des faits semblables, même suivis de mort, ont été rapportés par Peter, Godard et Gayraud.

Jullien fait remarquer que cette propagation au péritoine est favorisée par la persistance du conduit vagino-péritonéal ou l'arrêt du testicule à l'anneau. Dans ces conditions en effet, les connexions du péritoine avec le testicule deviennent beaucoup plus intimes et expliquent l'extension à la séreuse du processus inflammatoire.

D'autre part, Campana et le professeur Guyon ont vu plusieurs cas mortels, à la suite de prostatites suppurées. L'abcès de la prostate, diffusant dans le tissu rétro-prostatique, avait gagné la cavité péritonéale.

Enfin Peter et Guyon ont constaté ce même accident à la suite de l'inflammation du cordon spermatique.

Si les observations précédentes manquent du contrôle bactériologique, on ne peut adresser la même objection aux faits de Ceppi et de Wertheim, qui ont mis en lumière la présence du gonocoque dans les exsudats péritonéaux.

Cette preuve est encore étayée par les recherches expérimentales. En introduisant dans le péritoine de souris blanches et de cobayes des gonocoques, recueillis sur une culture pure, on a provoqué des péritonites, confirmées par l'autopsie.

Il n'y a donc plus à mettre en doute aujourd'hui la nature de cette complication redoutable dans le cours de l'infection gonococcique.

IX. — Albuminurie blennorrhagique.

A propos des pyélo-néphrites qui peuvent compliquer la blennorrhagie, nous avons déjà indiqué l'albuminurie, qui constitue un des principaux symptômes de la lésion rénale. Dans ces cas, il s'agit d'albuminurie consécutive. Mais à côté de celle-ci, il en existe une autre, qui doit être qualifiée de primitive; car elle évolue à l'état latent et échapperait au clinicien, s'il ne songeait à examiner les urines. On ne constate en effet aucun symptôme indiquant la présence d'une néphrite.

Il est donc logique de penser que ce passage de l'albumine

dans les urines est d'origine infectieuse et due peut-être à l'élimination de toxines microbiennes.

Quoiqu'il en soit, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint d'écoulement uréthral, il ne faut pas oublier de rechercher l'albumine par les réactifs ordinaires : chaleur et acide nitrique. Mais si le patient prend déjà des balsamiques, il importe d'éviter une cause d'erreur qui se produirait si l'on n'avait présent à l'esprit que l'acide nitrique dans des urines copahifères produit une opacité analogue à celle de l'albumine.

Dans cette hypothèse, il est facile de ne pas se méprendre. S'agit-il d'un trouble dû à l'élimination du copahu, l'addition d'éther ou d'alcool éclaircit le liquide, tandis qu'il reste opaque en cas d'albumine.

Quoiqu'il en soit, quand on constate la présence de l'albumine, il faut interrompre l'emploi du copahu, qui, à lui seul, peut déterminer cet accident et traiter la blennorrhagie par des moyens externes.

En même temps, on prescrira le régime lacté exclusif jusqu'à disparition complète du trouble urinaire, puis on continuera à surveiller le sujet, car des récidives et plus tard une néphrite grave seraient à craindre, si le médecin abandonnait son malade.

C. — Infection générale de l'organisme.

Septicémie gonococcique.

Dans les pages précédentes, nous n'avons décrit que les accidents locaux de la blennorrhagie, il nous reste maintenant à parler de l'infection générale de l'organisme par l'agent gonococcique.

La notion en est récente. Le premier travail d'ensemble sur cette question ne date que de 1893. Il est dû à M. le docteur Souplet. Mais à cette date, il n'avait étayé sa démonstration que sur des faits cliniques. La preuve bactériologique manquait. Depuis, les observations se sont multipliées et le gonocoque a pu être mis en évidence.

D'après Arthur Ward de Londres, l'infection générale n'apparaîtrait que dans 0,6 o/o des cas. Il est heureux qu'il en soit ainsi, car les quelques exemples qui vont suivre

montreront la gravité de ce complexus. Nous les empruntons aux leçons de Jullien sur les formes rares de la blennorrhagie.

En 1882, Martin de Genève voit survenir chez un blennorrhagique une prostatite, de la cystite, des hématuries, des arthropathies, de l'endo-péricardite, une pleuro-pneumonie et toutes ces complications se terminent par la mort.

En 1895, Genova constate un écoulement uréthral, suivi de pyélo-néphrite et de pachyméningite.

En 1901, Debray observe un sujet dont l'uréthrite se complique de rhumatisme, de pneumonie, de méningite et qui meurt.

En 1904, c'est une endocardite, accompagnée de pleuro-pneumonie, qui emporte le malade de Krause.

Il fallait démontrer que le gonocoque était bien responsable de ces tragiques évolutions.

L'ensemencement de 20 à 30 centimètres cubes de sang sur un milieu approprié en a fourni la preuve. On a trouvé dans la culture le gonocoque en toute évidence. La thèse de M. le docteur Faure-Beaulieu, année 1906, contient 34 observations probantes. Depuis, on en a signalé d'autres. Dans nombre de cas, à côté du gonocoque, d'autres microbes ont été découverts, réalisant ainsi une infection mixte.

Quoiqu'il en soit, les sujets atteints étaient tous porteurs de blennorrhagie plus ou moins ancienne. Mais voici un dernier fait plus extraordinaire, qui démontre que la septicémie gonococcique peut se produire, sans qu'il ait existé antérieurement le moindre écoulement uréthral. Nous devons cette observation à MM. Œttinger, Pierre-Louis Marie et Morancé (Soc. méd. des hôp., séance du 13 février 1914).

Un jeune homme de 18 ans, ancien rhumatisant, affecté d'une insuffisance mitrale, entre à l'hôpital Cochin, le 23 septembre 1913, pour des douleurs articulaires, sans qu'on puisse déceler chez lui la moindre blennorrhagie.

Il semble guéri depuis plusieursjours, lorsque apparaissent des accès fébriles à type intermittent et de la spléno-mégalie. Ultérieurement se déroulent les signes d'une endocardite végétante et une néphrite aiguë hydropigène.

Chose extraordinaire, l'hémoculture révèle chez ce malade un diplocoque que les méthodes bactériologiques précises identifient avec le gonocoque. Or malgré l'examen clinique

le plus attentif, on ne découvrait pas trace du moindre écoulement uréthral.

Au bout de cinq semaines, le patient était enlevé par un œdème aigu du poumon et l'autopsie montrait, entre autres lésions, une endocardite mitrale végétante à gonocoques et une néphrite intense.

Caractères cliniques de la septicémie blennorrhagique.

Peut-on, à l'heure actuelle, tracer un tableau d'ensemble de la septicémie blennorrhagique? Sans doute, la chose est difficile, tant les lésions sont variées.

Cependant, voici un certain nombre de traits retrouvés dans la plupart des observations que nous possédons :

Au début apparaissent de grands accès fébriles. La température atteint 40° pour retomber à 36°. Ces accès ressemblent, à s'y méprendre, à ceux d'une fièvre paludéenne.

La confusion risque de s'accentuer davantage par la coïncidence d'une spléno-mégalie.

En même temps le sujet présente une anémie profonde dénotée par une teinte cireuse des plus accentuées.

Puis éclosent des éruptions cutanées diverses : taches rosées, purpuriques, herpès, érythème polymorphe.

Gardons-nous enfin d'oublier les souffles cardiaques, perçus chez la plupart des malades. Le stock en effet le plus important de septicémies gonococciques démontre, à l'exclusion de tous autres symptômes, la coexistence d'une endocardite végétante ou ulcéreuse et d'un rhumatisme blennorrhagique.

Traitement.

Pour combattre des accidents aussi graves, nos moyens thérapeutiques sont malheureusement bien précaires.

C'est en vain que l'on a essayé les injections intra-veineuses de collargol, d'électrargol, les sérothérapies.

La vaccino-thérapie peut être tentée, soit avec le vaccin de Wright, soit avec celui de Ch. Nicolle et Blaizot. Jusqu'ici les résultats obtenus sont peu encourageants. Il faut néanmoins persévérer dans cette voie. Mais il faut avouer qu'à l'heure actuelle, nous sommes réduits au traitement symptomatique et à l'espérance de voir la bonne nature, chez un organisme jeune, réparer spontanément les désastres, dont le gonocoque est le grand coupable.

CHAPITRE X

SUITES DE LA BLENNORRHAGIE

Bien que dans la règle, la Blennorrhagie, une fois guérie, ne laisse aucune trace, aucun accident consécutif, on peut observer cependant après la disparition complète de l'écoulement une série d'accidents qu'il importe au médecin de connaître.

Ces troubles post-blennorrhagiques diffèrent chez l'homme et chez la femme.

Dans le sexe masculin, on rencontre des altérations de la sensibilité, des perturbations fonctionnelles, des lésions organiques, enfin, à titre tout à fait exceptionnel, des séquelles psychiques.

Chez la femme, des douleurs persistantes et la stérilité attestent l'infection antérieure.

I. — TROUBLES POST-BLENNORRHAGIQUES CHEZ L'HOMME.

1. — *Altérations de la sensibilité.*

Altérations de la sensibilité.

1° Uréthrale.

Les troubles de la sensibilité se localisent, soit dans l'urèthre, soit dans le testicule.

Quand ils occupent l'urèthre, ils se manifestent sous les formes les plus variées : titillations, fourmillements, élancements parfois très vifs, à l'occasion des mictions, des érections ou du coït. Mais ces mêmes sensations peuvent aussi, quoique plus rarement, se produire spontanément.

Le plus souvent c'est au méat et dans la région prostatique que l'hyperesthésie se cantonne.

Il est bien entendu, avant de conclure à la névralgie, que le canal doit être examiné avec le plus grand soin. Car aucun effort thérapeutique n'aboutirait, si les troubles de la sensibilité dépendaient d'une uréthrite mal éteinte;

la guérison de celle-ci amènerait au contraire l'extinction de tous les symptômes.

2° Testiculaire Chez d'autres malades, l'hyperesthésie occupe la glande séminale. Elle apparaît à la suite de l'orchi-épididymite.

Dans la forme la plus commune, le sujet se plaint d'un simple endolorissement du testicule, qui s'accuse davantage par une station debout un peu prolongée, la marche, la constipation, les efforts.

Il ne faut pas oublier cependant, que, dans quelques cas, la douleur est pongitive, lancinante et procède par accès, parfois assez violents pour amener une rétraction du testicule vers l'anneau, des nausées et des vomissements.

C'est lorsque la névralgie revêt une telle intensité que l'on peut voir, comme dans l'orchi-épididymite vraie, les douleurs retentir sur le plexus lombo-sacré et atteindre les nerfs crural et sciatique.

Le diagnostic de l'hyperesthésie testiculaire repose sur les mêmes considérations que celui de la névralgie uréthrale. Il ne peut être solidement assis, que lorsque le gonflement du testicule et de l'épididyme ont totalement disparu et que l'organe n'est plus sensible au toucher. On ne doit découvrir que le petit noyau dur et insensible, qui siège à la queue de l'épididyme. C'est précisément la disproportion entre les signes objectifs et les phénomènes douloureux qui permet de se former une opinion exacte.

Rien n'est plus variable que la marche et la durée de ces hyperesthésies uréthrale et testiculaire. Leur évolution est celle des névralgies en général, c'est-à-dire qu'elles peuvent être éphémères, disparaître spontanément ou, au contraire, résister opiniâtrement à la thérapeutique la plus rationnelle et la mieux conduite.

Quoiqu'il en soit, le pronostic est favorable ; la guérison est la règle ; l'échéance seule reste indécise.

Traitement. De quels moyens disposons-nous pour remédier, soit à l'uréthralgie, soit à la névralgie testiculaire.

Nous les trouvons dans une hygiène spéciale et dans une médication tant interne qu'externe.

1° DE L'URÉTHRALGIE

Il faut s'adresser d'abord à la diététique. Les excitants doivent être interdits, à savoir : les mets épicés, les substances acides, la bière, le champagne, les boissons alcooliques, le thé et le café. Ces breuvages seront remplacés par des eaux possédant la propriété de diluer les urines, telles que celles d'Evian, de Contrexéville, de Vittel.

Cette hygiène suffit assez souvent pour soulager d'abord, puis guérir.

En principe, des rapports sexuels modérés ne seront pas défendus. M. le professeur Fournier a remarqué que, dans certains cas, ces rapports, au lieu d'exaspérer les douleurs, contribuent à émousser la sensibilité de l'urèthre. C'est donc une expérience à tenter.

Si, malgré ce régime, les douleurs persistent et rendent au malade la vie insupportable, on s'adressera, sans hésiter, à la médication interne qui, dans l'espèce, sera sédative.

On pourra choisir l'antipyrine, à la dose de 1 à 2 grammes par jour, ou l'aspirine : un cachet de 0 gr. 50 au commencement des trois repas de la journée, ou encore le bromure de potassium : 3 à 4 grammes dans les vingt-quatre heures. Si les douleurs ont un caractère intermittent, un sel de quinine est indiqué : le chlorhydrate de préférence : 0 gr. 50 à 0 gr. 60 par jour, en deux cachets, dont le dernier sera pris six heures avant le retour présumé de la crise.

Il est entendu, qu'avant d'ingérer chacun de ces médicaments, on s'assurera que l'urine du malade est exempte d'albumine. Autrement, il faudrait recourir exclusivement au traitement externe.

Celui-ci comprendra les anesthésiques de la muqueuse uréthrale.

On injectera par exemple dans le canal 5 centimètres cubes d'une solution de stovaïne à 1 0/0, soit 0 gr. 05 de principe actif. La cocaïne, à la même dose, pourrait aussi être employée. Mais elle est plus toxique que la stovaïne.

Une injection sous-cutanée, dans la région périnéale, de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine rend également des services.

Enfin, on a préconisé avec avantage le massage du canal à l'aide de bougies Béniqué de gros volume.

2° NÉVRALGIE TESTICULAIRE

S'il s'agit d'un simple endolorissement du testicule, il suffit d'immobiliser l'organe au moyen d'un suspensoir, muni de sous-cuisses et garni d'une épaisse couche d'ouate. Le meilleur modèle est le suspensoir Horand, du nom du chirurgien lyonnais qui l'a inventé.

La douleur est-elle plus vive, on aura recours aux sédatifs internes précédemment énumérés. On pourra y joindre, le soir en se couchant, un suppositoire, contenant 0 gr. 02 d'extrait de belladone.

Chez les sujets très nerveux, l'hydrothérapie tiède s'est montrée utile et doit être essayée.

J'ajoute, en terminant, que le médecin aura le devoir de rassurer le malade, en s'efforçant de lui démontrer que ses douleurs, même si elles sont vives, ne tirent nullement à conséquence et ne doivent pas l'empêcher de reprendre sa vie habituelle.

2. — *Perturbations fonctionnelles.*

A. — **Anomalies de sécrétion des glandes génitales.**

Ces anomalies portent sur le mode de sécrétion des glandes bulbo-uréthrales, de la prostate et des testicules.

1. Hypersécrétion des glandes de Cowper.

A l'état normal, les glandes de Cowper sécrètent un liquide clair, visqueux et filant, analogue à du blanc d'œuf. Ce mucus se produit pendant l'érection. Lorsqu'il n'y a pas d'éjaculation et que la verge revient à l'état naturel, on le voit s'écouler en gouttelettes limpides et filantes.

Mais assez souvent, à la suite d'une blennorrhagie, la sécrétion devient plus abondante, moins visqueuse et se produit à la moindre excitation génésique. Il suffit de presser la verge d'arrière en avant, pour donner issue à plusieurs grosses gouttes. Mais le liquide peut aussi s'échapper spontanément et humecter la chemise, qu'il colle au gland, lorsqu'il se dessèche.

Ce léger trouble dure un temps variable. Néanmoins, dans quelques cas, il peut se prolonger indéfiniment.

Ne comportant nulle conséquence fâcheuse, il ne mérite

aucun traitement. Le seul qui pourrait être indiqué serait une aide morale, destinée à rassurer et à détromper un malade, tenté d'attribuer à la persistance d'un suintement blennorrhagique cette hypersécrétion bénigne.

2. Prostatorrhée.

La prostatorrhée est l'écoulement par l'urèthre du liquide de la glande, en dehors des conditions normales, c'est-à-dire de l'éjaculation.

Est-il exact de considérer ce flux comme une suite de la blennorrhagie ? Sans doute, cette conclusion semble s'imposer dans les cas où l'on ne découvre plus trace d'écoulement uréthral. Mais le fait est exceptionnel ; on peut dire que dans la règle, la prostatorrhée est liée à une uréthrite postérieure mal éteinte. Néanmoins, nous devons en parler, puisqu'elle peut isolément se produire.

L'écoulement se montre au méat, à l'occasion de la défécation, surtout si l'expulsion du bol fécal nécessite des efforts.

Il est constitué par un liquide blanchâtre ou blanc grisâtre, présentant la consistance du lait et une réaction alcaline.

Les taches que la prostatorrhée dépose sur la chemise des malades ont un grand diamètre. Leurs bords sont irréguliers et festonnés, tandis que celles qui proviennent des glandes de Cowper forment des gouttelettes beaucoup plus fines. Ces caractères différentiels, indiqués par le professeur Guyon, aident à dépister le siège des glandes atteintes.

Le temps que persiste la prostatorrhée est impossible à fixer. Mais ce que l'on peut affirmer, c'est que cet accident est sans importance. Il est d'autant plus nécessaire d'en instruire les malades, que beaucoup d'entre eux se préoccupent outre mesure et inclinent vers la neurasthénie.

Si l'on avait affaire à un esprit calme, ajoutant foi sans réserve à la parole du médecin, il n'y aurait lieu d'appliquer aucune thérapeutique. Mais tel n'est pas le cas dans la pratique habituelle. Sans doute, la première règle est de remonter le moral du patient. Là ne doit pas cependant se borner l'action médicale. Un traitement s'impose, joint à l'affirmation suggestive de son efficacité. Ce traitement sera à la fois externe et interne.

Traitement

On recommandera expressément au malade de tenir le ventre libre, puisque la prostatorrhée ne se produit guère que par les efforts de la défécation.

Si le sujet est très nerveux, l'hydrothérapie rendra service sous forme de lotions ou de douches progressivement refroidies.

Enfin il faudra remonter l'organisme par l'arsenic, les ferrugineux, le quinquina et, si la situation de fortune le permet, conseiller la vie au grand air, les distractions et les voyages.

3. Spermatorrhée.

La spermatorrhée est la perte du sperme, se produisant en dehors du coït.

On ne doit pas la confondre avec les pollutions nocturnes, qui se produisent involontairement chez les sujets continents, à intervalles variables. La spermatorrhée n'existe réellement que dans les cas où les pertes, devenant fréquentes, ne s'expliquent plus par la surcharge des vésicules séminales, surtout si les sujets ne s'abstiennent pas de rapports sexuels.

Avant d'admettre que les pertes anormales de sperme constituent une des séquelles de la blennorrhagie, on doit rechercher minutieusement si celle-ci est complètement éteinte, tant est fréquente la spermatorrhée qui l'accompagne.

Il sera non moins important d'élaguer les causes nombreuses, susceptibles de provoquer l'évacuation intempestive des vésicules séminales.

Conditions étiologiques

Or toute l'étiologie peut se rattacher à deux chefs.

Ou la spermatorrhée dépend d'une irritation, soit directe, soit voisine de l'appareil uro-génital ou elle relève d'une lésion du système nerveux.

Dans la première catégorie, nous trouvons les excès vénériens, l'onanisme, certaines affections de l'anus et du rectum : hémorrhoïdes, fissure anale, présence d'oxyures.

La seconde comprend les maladies du cervelet : tumeurs ou ramollissement, les affections de la moelle et en particulier le tabès.

La spermatorrhée d'origine gonococcique ne pourra donc être admise, qu'après avoir éliminé ces facteurs multiples et avoir constaté que toute blennorrhagie antérieure était complètement éteinte.

CARACTÈRES CLINIQUES

Cliniquement, comment se présentent les pertes séminales ?

Au début, d'abord nocturnes, elles deviennent plus tard diurnes.

Quand elles ne surviennent que la nuit, elles se distinguent des pollutions, que j'appellerai physiologiques, par les caractères suivants : tandis que celles-ci n'ont lieu qu'à l'occasion d'un rêve lascif, provoquant des érections, qui aboutissent aux spasmes de l'éjaculation avec sensation de jouissance, les pertes, indices de spermatorrhée, se produisent sans rêve, sans érection et sans plaisir. Elles se répètent plusieurs fois par semaine et même plusieurs fois par nuit. Quand le sujet se réveille, il éprouve une sorte de malaise, de lassitude, que n'entraînent jamais les pollutions compensatrices.

Dans la plupart des cas, la spermatorrhée se borne aux pertes nocturnes. Mais quand l'état s'aggrave, les spermatozoïdes s'échappent avec l'urine ou le liquide prostatique dans les efforts de défécation.

On peut même voir, à la limite extrême, l'écoulement spermatique, provoqué par l'excitation la plus minime. Je me rappelle un garçon coiffeur, dont la chemise se mouillait sans érection préalable, chaque fois qu'il avait l'occasion de coiffer une femme.

DIAGNOSTIC DE LA SPERMATORRHÉE

Sans doute, il est difficile d'affirmer l'existence d'une spermatorrhée, tant que l'on n'est pas en mesure de constater le corps du délit. La chose est aisée, si l'on a, à sa disposition, un microscope avec un oculaire et un objectif appropriés.

Il suffit d'étaler sur une lame une parcelle du liquide excrété, de laisser sécher à l'air, de fixer en recouvrant la préparation d'un mélange à parties égales d'alcool et d'éther, de sécher à nouveau, d'ajouter une goutte d'eau et de couvrir d'une lamelle.

Mais que de médecins ne possèdent pas pareil outillage. Eh bien ! lorsque l'urine charrie des spermatozoïdes, il est possible cependant, par un examen attentif, sinon d'affirmer, au moins de soupçonner fortement leur présence.

Au début de la miction, on voit rouler au fond du vase de petites granulations semi-transparentes, ressemblant à des grains de semoule. Ce précipité a lieu avant tout refroidissement des urines ; ce qui permet de le distinguer des dépôts, formés par les sels urinaires.

Plus tard, l'urine ne laisse plus déposer ces granulations. Mais elle contient un nuage épais, homogène, blanchâtre, parsemé de petits points brillants, qui gagnent les couches supérieures du liquide. Ces points brillants ne seraient autre chose que de petits cristaux appelés cristaux de Böttcher, dus à la combinaison de l'acide phosphorique, fourni par le sperme, avec une base organique, contenue dans le liquide prostatique. Fürbringer a beaucoup insisté sur leur valeur séméiologique ; il les considère comme pathognomoniques de la spermatorrhée.

Conséquences de la Spermatorrhée

Quelles sont les conséquences des pertes séminales, en d'autres termes, quel en est le pronostic ?

Lorsqu'il s'agit seulement de pertes nocturnes, que le sujet est raisonnable et la thérapeutique habilement dirigée, la guérison est assez rapide.

Mais si le liquide séminal s'écoule aussi le jour, l'organisme se trouve gravement atteint. Les malades présentent d'abord des troubles digestifs. La nutrition devenant insuffisante, ils ne tardent pas à maigrir et à subir les effets d'une débilitation profonde. Ce qui prédomine, ce sont les signes d'une anémie poussée à l'extrême. Le moindre effort musculaire entraîne une fatigue énorme. A peine le patient a-t-il fait quelques pas, qu'il accuse des palpitations de cœur et de l'oppression. Souvent même, il est pris d'une petite toux sèche, qui porte à penser à une lésion pulmonaire inexistante.

On conçoit qu'un tel état retentisse sur le système nerveux des malades et les plonge dans une neurasthénie profonde, encore aggravée par l'impuissance, qui trop souvent est le résultat final des pollutions répétées.

Traitement de la spermatorrhée

Les moyens dont on dispose pour combattre les pertes séminales diffèrent, suivant que celles-ci dépendent de l'éréthisme sexuel ou au contraire de l'affaiblissement des facultés génésiques.

1° FORME ÉRÉTHIQUE

Si l'éréthisme est en cause, on doit s'efforcer d'en prévenir les effets.

Pour atteindre ce but, nous nous adresserons à l'hygiène sexuelle et aux remèdes sédatifs.

L'hygiène consistera à supprimer autant que possible les érections nocturnes. Le médecin recommandera d'uriner avant de se mettre au lit, la distension de la vessie amenant l'augmentation de volume de la verge. Le malade se couchera sur le côté dans un lit un peu dur. S'il peut se réveiller au moment d'une érection, il s'empressera de se lever jusqu'à ce que le pénis soit revenu à l'état naturel.

Les rapports sexuels seront réglementés et subordonnés aux besoins du sujet. Il importe surtout de les accomplir naturellement et par conséquent de se conformer aux recommandations de Diday, que je transcris textuellement : « Il faut, dit-il, proscrire les coïts répétés dans une même séance, les coïts sans conclusions, les coïts dont on suspend volontairement une ou plusieurs fois l'exécution avant de terminer ». Bien entendu, la masturbation, encore plus fréquente qu'on ne le croit, sera sévèrement interdite.

Si ces règles d'hygiène sont insuffisantes, le médecin prescrira les remèdes sédatifs : le bromure de potassium, à la dose de 3 à 4 grammes par jour, le dernier gramme pris en se couchant ; la belladone, vantée par Trousseau : 1 à 2 pilules d'extrait de 0 gr. 05 chacune en surveillant l'état de la vue ; le valérianate d'ammoniaque de Pierlot : 2 cuillerées à café par jour ; le lupulin : 3 à 6 cachets de 0 gr. 50 dans les vingt-quatre heures.

2° FORME ASTHÉNIQUE

Quand au contraire la spermatorrhée est due à une sorte de relâchement des vésicules séminales et des canaux éjaculateurs, c'est aux stimulants du système nerveux et aux toniques généraux qu'il faut recourir.

Voici les moyens à recommander :

L'hydrothérapie d'abord ; son rôle est important. On

prescrira soit des douches froides en jet, de vingt à soixante secondes, le long du rachis et sur la surface périnéale, soit des bains de siège froids et courts : température 18 à 20°, durée : une à quatre minutes, suivant les conseils de M. le docteur Zimmern.

Si l'on ne peut disposer d'installations hydrothérapiques, on se contentera de simples lotions froides. Il suffira de promener, pendant une minute environ, sur le rachis et le périnée une grosse éponge, trempée dans l'eau froide et mieux encore dans l'eau de source. On asséchera ensuite les téguments à l'aide d'une bonne friction.

Pour les malades qui disposeront de temps et d'argent, les bains de mer courts produiront un excellent effet.

L'hydrothérapie se montre-t-elle insuffisante, on s'adressera à l'électricité, sous forme d'électricité statique, de courants continus ou faradiques, en plaçant le pôle positif de la pile sur le rachis et en introduisant le pôle négatif dans le rectum, au niveau de la prostate. Electriser également le périnée.

Sans doute, l'électricité est un moyen excellent. Mais l'application en est délicate et par conséquent peu pratique. Il n'y a guère qu'un spécialiste qui soit en mesure d'en obtenir des effets sérieux.

On secondera la médication externe par des toniques de l'organisme.

Les préparations d'ergot et de fer, la strychnine trouveront ici un heureux emploi.

Voici, à titre d'indications, quelques formules :

Poudre de seigle ergoté.................	0 gr. 05
Protoxalate de fer.....................	0 gr. 10

pour une pilule molle. En prendre 2 par jour : une matin et soir.

Sulfate de strychnine : 2 à 3 granules par jour de un milligramme chacun, ou encore :

Sulfate de strychnine................	0 gr. 02
Eau distillée......................	300 gr.

Une cuillerée à soupe avant les deux principaux repas, soit deux milligrammes par jour de médicament actif.

Mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que le malade,

atteint de pertes séminales, subit un choc moral, que le médecin doit s'efforcer d'amortir. Or, les consolations et les encouragements qu'il prodiguera, l'assurance d'une guérison dont il ne semblera pas douter, exerceront une influence aussi heureuse que la médication la mieux appropriée.

B. — **Impuissance.**

CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES

L'impuissance se relie à la blennorrhagie chronique par l'intermédiaire de la spermatorrhée qui la précède et y conduit, quand les pertes séminales ont acquis par leur fréquence et leur durée une gravité exceptionnelle.

D'autre part, il faut que l'impuissance, attribuée à une blennorrhagie antérieure et complètement éteinte, ne puisse dépendre d'aucune des causes multiples capables de l'engendrer.

Or, n'oublions pas que cette abolition des facultés génésiques se voit à la suite d'excès vénériens, d'onanisme, d'homosexualité ; qu'on l'observe dans les anomalies génitales; après les affections des voies spermatiques, telles que : l'orchi-épididymite et la spermatocystite, dans le diabète et les maladies du système nerveux : paralysie générale et tabès principalement.

C'est donc au médecin d'examiner très attentivement son malade. Une thérapeutique efficace ne peut en effet reposer que sur un diagnostic exact.

Je suppose que par exclusion on arrive à se convaincre que l'impuissance est une séquelle blennorrhagique, comment évoluent les phénomènes morbides?

SYMPTÔMES ET MARCHE

L'attention est attirée au début par un véritable éréthisme sexuel. Les érections deviennent plus fréquentes, plus faciles que d'habitude. En un mot, les facultés génésiques semblent exagérées. Mais l'éjaculation est précipitée et se produit même souvent avant l'introduction du membre viril.

A cette faiblesse irritable, ne tarde pas à succéder une véritable parésie. L'érection est difficile, la verge ne durcit pas complètement. Le sujet n'aboutit à une conclusion qu'après un exercice prolongé et fatigant. Enfin l'impuissance

devient complète, par défaut d'érection ou impossibilité d'éjaculation.

Il est possible aussi d'observer, quoique beaucoup plus rarement, à la suite d'une blennorrhagie chronique, un phénomène bizarre. C'est l'abolition absolue des sensations voluptueuses. Castelnau a rapporté l'histoire d'un malade, qui ne se rendait aucun compte du moment où le sperme était lancé hors du canal.

Je ne reviendrai pas sur la dépression morale, causée par de pareils troubles. J'en ai déjà parlé à propos de la spermatorrhée. Ce que je puis ajouter, c'est que l'hypocondrie peut devenir telle, qu'elle mène jusqu'au suicide certains sujets, incapables de réagir contre la tare qui les frappe.

Traitement de l'impuissance

Pour remédier à cette déchéance progressive, le médecin est-il suffisamment armé?

Les moyens ne manquent pas. Mais aucun ne possède une supériorité indiscutable. On est obligé de les varier dans la plupart des cas et ce n'est qu'avec le temps et la persévérance que l'on arrive à une cure définitive.

Quoiqu'il en soit, la thérapeutique dispose de règles hygiéniques, de procédés physiothérapiques et de remèdes internes.

a) **Préceptes hygiéniques.**

On commencera d'abord par formuler des préceptes d'hygiène, à la fois locale et générale.

L'hygiène locale vise exclusivement le fonctionnement génital, qui doit être surveillé de très près. On recommandera au malade de ne pas essayer, sans raison, ses forces viriles. Il attendra qu'un besoin ou au moins un désir de rapprochement sexuel soit bien réel. Ce n'est qu'en telle condition qu'il pourra tenter l'aventure. Qu'il s'efforce surtout de bannir toute préoccupation de succès ou d'échec. On sait en effet l'influence inhibitrice de l'émotivité psychique. Il doit également s'abstenir de tout moyen artificiel, destiné à provoquer l'érection. S'il n'aboutit pas, qu'il prenne, sans honte ni regret, congé de sa partenaire. Il recommencera un autre jour. Au médecin appartiendra de maintenir son courage et ses espérances, en lui assurant le succès définitif.

A ces conseils d'hygiène génitale se joindront des préceptes d'hygiène générale. Le patient s'abstiendra d'excès alcooliques, de surmenage tant physique que moral. Il aura de longues nuits de sommeil ; s'il est disposé à l'embonpoint, l'exercice sera nécessaire, « Pinguia corpora sunt inapta veneri », avait déjà dit Aristote. Enfin, quand les moyens de fortune le permettent, les distractions honnêtes et les voyages ne peuvent être que favorables.

b) Traitement physiothérapique.

Rarement, ces instructions suffiront à elles seules. Il faut les seconder par des procédés physiothérapiques.

Le plus simple est l'emploi de frictions sèches, le long du rachis et sur le périnée ; on peut se servir de la formule suivante :

Teinture de noix vomique................	40 gr.
Ammoniaque..........................	4 gr.

L'hydrothérapie joue un rôle plus important sous forme de douches ou de lotions. L'application en est la même que dans les cas de spermatorrhée.

L'électrisation peut également donner d'excellents résultats. Mais je répéterai ce que j'ai dit à propos des pertes séminales. Il n'y a guère qu'un spécialiste qui puisse en obtenir le rendement maximum.

c) Remèdes internes.

On ne doit pas enfin négliger les remèdes internes. Ils relèvent la tonicité de l'organisme. En voici quelques-uns qui, à juste raison, ont été préconisés :

1° Le phosphore, en granules ou capsules, dosés à un milligramme : 2 à 3 par jour.

C'est un médicament toxique qu'il faut manier avec beaucoup de prudence.

Le phosphure de zinc est préférable, parce que, bien que possédant les mêmes propriétés, il est moins dangereux.

On l'administre sous forme de granules, de 0 gr. 01 chacun : 2 par jour : 1, matin et soir.

2° La noix vomique, en gouttes ou en cachets. En gouttes, on emploie la teinture alcoolique : 10 à 20 gouttes par jour : 5 à 10 matin et soir, en augmentant quotidiennement d'une goutte.

Les cachets peuvent être formulés de la façon suivante :

Poudre de noix vomique.............. 0 gr. 02
Phosphate de magnésie.............. 0 gr. 25

pour un cachet. En avaler un à chaque repas.

3° La strychnine, qui constitue avec la brucine les deux alcaloïdes, tirés de la noix vomique.

Les doses à prescrire seront les mêmes que pour la spermatorrhée.

4° Un médicament d'introduction récente dans la thérapeutique, la yohimbine, principe actif tiré d'un arbre de l'Afrique du Sud, le yohimbehe.

La yohimbine se présente sous forme de cristaux incolores, peu solubles dans l'eau froide.

D'après des expériences tentées sur les chiens, elle possède la propriété d'exciter le centre nerveux, qui préside à l'érection, en provoquant l'hypérémie du pénis.

Elle se prescrit en tablettes de 0 gr. 005 chacune.

On commence par 3 tablettes par jour, une à chaque repas Progressivement, on peut en porter le nombre à 9 ; mais il ne faut pas le dépasser. Autrement on aurait à craindre une excitation générale, des vertiges, une hypérémie oculaire et des poussées cutanées érythémateuses.

On peut aussi administrer la yohimbine en injections hypodermiques.

Voici la formule à remettre au pharmacien :

Chlorhydrate de yohimbine......... 0 gr. 20

Faire dissoudre dans :

Eau distillée...................... 10 gr.

Ajouter :

Chloroforme .... une goutte.

Cette solution doit être versée dans un flacon de verre jaune.

Elle ne se conserve que trois à quatre semaines.

Au début, une injection quotidienne de un centimètre cube ; puis, lorsque l'effet commence à se produire, une injection tous les deux à trois jours.

La méthode hypodermique est surtout réservée aux cas qui se montrent rebelles.

5° La médication opothérapique, basée sur les recherches de Mattéi et de Brown-Séquard. Bien longtemps avant ces auteurs, on croyait déjà aux propriétés aphrodisiaques des testicules d'animaux. Ceux de taureau, de cerf, de coq étaient les plus employés, ainsi qu'en témoignent les recettes populaires fort anciennes.

Aujourd'hui, la méthode est appliquée scientifiquement, depuis que des travaux récents ont fait connaître la sécrétion interne de l'organe séminal.

On se sert d'extraits orchitiques mis en tablettes ou en cachets, que l'on trouve spécialisés dans le commerce.

Les doses à administrer varient selon la marque que porte le remède. Si l'on se sert des préparations de Carrion, le malade doit prendre 1 à 2 cachets par jour.

Byla et Delaunay préconisent des pilules encapsulées de 0 gr. 10 chacune, à la dose quotidienne de 4 à 10.

Il y a encore d'autres marques. Les deux premières sont je crois, les plus répandues.

On a préconisé aussi l'emploi d'extraits testiculaires glycérinés en injections hypodermiques. Il est préférable de ne pas recourir à ce procédé, ces extraits étant difficiles à préparer et surtout difficiles à conserver.

J'ajoute, en terminant, que, quelle que soit la méthode thérapeutique adoptée, elle doit toujours être secondée par les règles hygiéniques précédemment émises.

3. — Lésions organiques.

Rétrécissements de l'urèthre.

Est-il exact de considérer le rétrécissement de l'urèthre, comme une suite éloignée de la gonococcie? La question vaut la peine d'être discutée.

Quand l'écoulement a été de courte durée et qu'il ne s'est agi en un mot que d'une blennorrhagie aiguë, la réponse doit être négative. Cependant, si, dans le cours de cette blennorrhagie, sont advenues certaines complications, rares il est vrai, mais néanmoins possibles, telles qu'un abcès

de l'urèthre ou une rupture de la muqueuse pendant une érection, il y a lieu de craindre un rétrécissement tardif, dont la véritable cause restera le plus souvent méconnue.

Mais un rétrécissement peut-il se produire plus ou moins longtemps après l'extinction complète d'une blennorrhagie chronique?

Je ne le pense pas. Il faut qu'un écoulement persiste, si léger soit-il. C'est ce reliquat, fréquemment ignoré du malade même, qui conduit à la stricture. Bref, il s'agit d'une complication et non point d'une séquelle. Ce dernier nom ne pourrait être attribué qu'à l'obligation d'entretenir la cure par des cathétérismes, rapprochés d'abord, puis de plus en plus éloignés, quand l'asséchement du canal a été complet et que la dilatation progressive lui a rendu son calibre normal.

Des symptômes et de la marche des rétrécissements, je n'ai pas à parler ici, priant le lecteur de se reporter à la description que j'en ai donnée à propos du traitement de la blennorrhagie chronique.

4. — *Conséquences psychiques.*

Elles sont heureusement exceptionnelles. Néanmoins, de même qu'il existe des syphilomanes, on peut rencontrer des uréthromanes, si, par analogie, ce néologisme est permis.

Dans cette catégorie, il faut distinguer deux sortes de malades.

Les uns, malgré l'affirmation de leur médecin, ont peine à croire à leur guérison. Dès qu'ils sentent, en un point du canal, le moindre prurit, ils éprouvent le besoin irrésistible d'étirer leur verge, pour donner issue à une goutte, qui n'est forgée que dans leur imagination.

D'autres, malgré leur guérison, voient tout en noir, désespèrent de l'avenir et tombent dans l'hypocondrie.

S'il faut dans les deux cas s'efforcer de démontrer à ces malheureux l'inanité de leurs craintes, le médecin conseillera en outre les voyages, les distractions et aux célibataires, le mariage. Il peut être nécessaire de prescrire, à ceux qui doutent quand même de leur guérison, un traitement anodin, mais soi-disant très énergique et sûrement curatif, de façon à frapper leur imagination.

Aux hypocondriaques et aux neurasthéniques, indépendamment d'une médication reconstituante : arsenic et préparations de kola, c'est l'hydrothérapie qui sera le traitement de choix, mais une hydrothérapie savamment conduite, telle qu'un spécialiste, mûri par l'expérience, est en mesure de pratiquer avec succès.

II. — TROUBLES POST-BLENNORRHAGIQUES CHEZ LA FEMME.

Les suites de l'infection gonococcique chez la femme ne se font pas sentir du côté des voies urinaires. L'urèthre féminin étant court, la blennorrhagie y séjourne peu en général. C'est du côté des voies génitales qu'elle exerce ses ravages.

Dans un précédent chapitre, nous avons décrit la métro-vaginite, l'oophoro-salpingite et la pelvi-péritonite qui indiquent les étapes successives de l'invasion du gonocoque et, à propos du pronostic, les conséquences de ces diverses atteintes. Je ne les rappelle ici que pour mémoire.

Sans doute, la femme, dont les organes générateurs ont été imprégnés par le microbe de Neisser, peut se libérer complètement du gonocoque. Néanmoins dans la majorité des cas, la malade reste sinon une infirme, au moins une souffreteuse, exposée soit à de nouvelles poussées phlegmasiques, soit à des douleurs dans le ventre et la région lombaire, à l'occasion du retour des règles ou de la moindre fatigue. Puis la plupart d'entre elles deviennent stériles par oblitération des trompes ou déviations utérines, dues à des brides que laisse à sa suite la pelvi-péritonite.

Inutile d'insister sur les conséquences d'un pareil état de choses et les difficultés qui peuvent en résulter, au point de vue conjugal.

La médecine peut-elle atténuer le mal ; ses moyens sont bornés. On pourra néanmoins soulager les malades, en leur prescrivant au moment des crises douloureuses :

MOYENS THÉRAPEUTIQUES.

1° Des applications sur le ventre de compresses, trempées dans les eaux-mères de Biarritz ou mieux de Salies de Béarn ; 2° l'introduction vaginale dans la journée, d'un tampon

imprégné de parties égales de glycérine neutre et de tanin ; 3° des injections chaudes : 40°, dans le rectum ; une injection quotidienne.

Si les douleurs étaient vives, on les calmerait par un quart de lavement laudanisé ou encore un suppositoire, que l'on pourrait formuler de la façon suivante :

Poudre d'opium brut....................	0 gr. 10
Extrait de belladone....................	0 gr. 01
Beurre de cacao........................	3 gr.

HYGIÈNE

Ce traitement sera secondé par l'hygiène, c'est-à-dire que la malade évitera les stations debout prolongées, les marches longues et surtout les excès de coït. J'ajoute que l'observation de ces règles, la crise terminée, constitue la meilleur prophylaxie des crises périodiques.

TRAITEMENT HYDRO-MINÉRAL

Celles-ci seront encore prévenues par des cures à des eaux chlorurées sodiques fortes. Voici, par ordre d'action décroissante, celles qui doivent être recommandées :

En première ligne, Salies de Béarn et Biarritz ; puis Salins du Jura et Salins-Moutiers ; enfin, comme étant un peu moins énergiques : Dax, Barbottan, Saint-Amand.

Il arrive trop souvent que, malgré cet ensemble de moyens, la patiente continue à souffrir. C'est alors la chirurgie qui seule est en mesure de lui apporter la guérison, mais en lui demandant malheureusement, dans trop de circonstances, le sacrifice d'organes, qui jouent un grand rôle dans l'existence féminine et jettent dans l'économie une perturbation profonde.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Arrivé au terme de ce long travail, des conclusions s'imposent. Après les recherches contemporaines, on ne peut plus, à moins de commettre une grave erreur, considérer la blennorrhagie comme une simple affection locale. Ainsi que l'a excellemment dit mon distingué collègue, le docteur Marcel Sée, c'est une maladie infectieuse, qui, à l'exemple de toutes les infections, est capable d'engendrer des manifestations multiples, dont l'uréthrite n'est que la plus fréquente.

Or, nous avons montré les ravages que tend à exercer le gonocoque, après sa pénétration dans l'urèthre, soit qu'il atteigne directement l'individu par les multiples complications dont il est seul coupable ; soit qu'il s'oppose, par une orchite double, à la perpétuation de l'espèce ; soit enfin qu'il atteigne la progéniture, en provoquant chez le nouveau-né une ophtalmie purulente par l'intermédiaire de sa mère, victime elle-même de l'infection conjugale et des conséquences désastreuses qu'elle comporte.

En face de telles éventualités, quand un sujet contracte une première blennorrhagie, il a l'obligation impérieuse de persévérer dans le traitement jusqu'à libération complète et de ne reprendre la vie commune que sur l'autorisation formelle de son médecin. On risque autrement d'entrer dans le domaine de la blennorrhagie chronique, dont la durée indéfinie, avec ses recrudescences fréquentes et la difficulté de guérison empoisonneront l'existence, conduisant trop souvent le malade à la neurasthénie, après l'avoir exposé à toutes les complications qui menacent de l'assaillir, tant que l'écoulement persiste.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

DEUXIÈME PARTIE

Complications de la blennorrhagie.



61232. — Imprimerie E. Desfossés, 13, quai Voltaire, Paris.

Les GRANULÉS ASTIER doivent être considérés comme les végétaux eux-mêmes, dont les parties inutiles ou rebelles à l'absorption ont été remplacées, à poids égal, par le sucre; ils en ont la couleur, le parfum et en possèdent exactement toutes les propriétés thérapeutiques.

KOLA ASTIER GRANULÉE

ANTINEURASTHÉNIQUE

Deux Cuillerées à café par jour



Exiger la signature : P. ASTIER

Refuser les imitations et contrefaçons

RÉCOMPENSES OBTENUES AUX EXPOSITIONS :

HORS CONCOURS / MEMBRE DU JURY — *PARIS 1900*, *LIÈGE 1905*, *MILAN 1906*

GRAND PREMIER PRIX — *SAINT-LOUIS 1904*

GRAND PRIX.......... *BUENOS-AIRES 1910*

HORS CONCOURS, PRESIDENT DU JURY — *LONDRES 1908*, *BRUXELLES 1910*, *TURIN 1911*, *GAND 1913*

NÉCESSAIRE

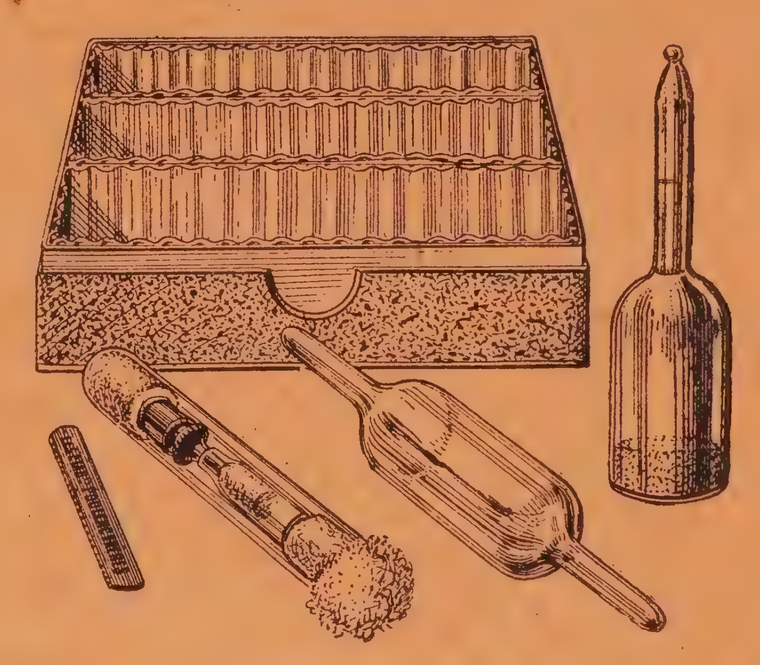
pour la

préparation extemporanée et la filtration des solutions concentrées

de

Novarsenobenzol Billon

(Préparation arsenicale)



COMPOSITION

Le nécessaire (fig. 1) *contient :*

1° La dose de Novarsenobenzol renfermée dans un flacon de capacité suffisante pour recevoir dix centimètres cube d'eau distillée.

2° Une ampoule de dix centimètres cubes eau bi-distillée stérilisée aussitôt après la seconde distillation.

3° Un ajustage-entonnoir filtrant enveloppé de papier; l'ensemble est stérilisé à 180°.

4° Une lime.

MODE D'EMPLOI

a) Couper au moyen de la lime le col du flacon contenant le Novarsenobenzol, à l'endroit marqué d'un trait.

b) Couper une des extrémités de l'ampoule contenant l'eau bi-distilllée introduire cette extrémité coupée dans le col du flacon à Novarsenobenzol, sectionner l'autre extrémité de l'ampoule et laisser écouler le liquide; la solution s'effectue presque instantanément en agitant le flacon (avec le Novarsenobeuzol, cette agitation n'a aucun inconvénient).

c) Armer une seringue à piston de verre de dix centimètres cnbes de l'ajutage-entonnoir, le piston de la seringue étant poussé à fond et la seringue maintenue verticalement l'ajutage en haut (fig. 2).

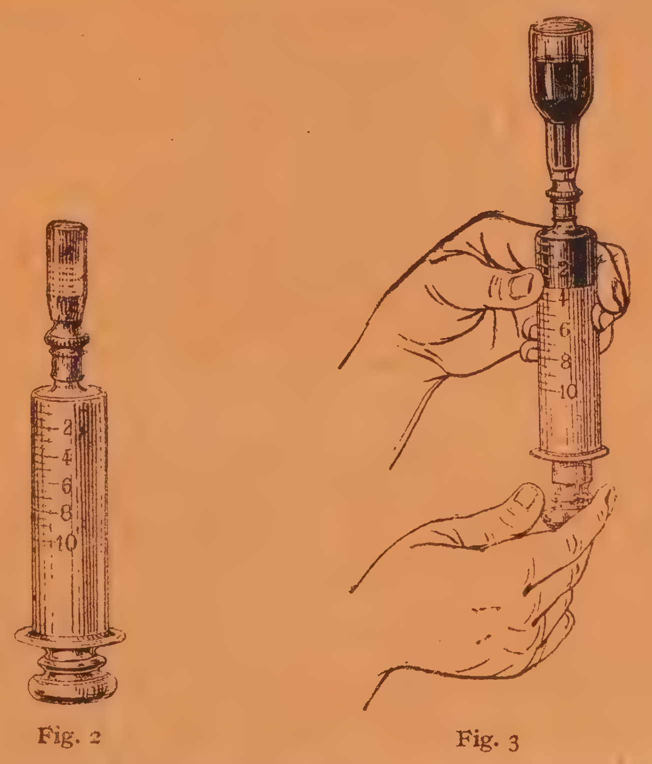


Fig. 2 Fig. 3

d) Placer le flacon contenant la solution de Novarsenobenzol, la tête en bas, le col pénétrant dans l'entonnoir (aucun écoulement spontané de liquide ne peut se produire pendant cette manipulation).

e) Faire aspiration (fig. 3) avec le piston en tirant lentement, le liquide pénètrera dans la seringue après filtration.

Ce dispositif permet l'utilisation totale de la solution et par suite l'administration d'une dose exacte de Novarsenobenzol. Il assure, en outre, une filtration réelle et parfaite dn liquide à injecter.

Dépôt Général :

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES

92, Rue Vieille-du-Temple. — PARIS

BLENNORRHAGIES, CYSTITES



10 à 12 Capsules d'Arhéol par jour

Récompenses obtenues aux Expositions

Hors Concours / **Membre du Jury**	*PARIS 1900* / *LIÈGE 1905* / *MILAN 1906*	**Grand Premier Prix**	*SAINT-LOUIS 1904*
		Grand Prix	*BUENOS-AIRES 1910*

Hors Concours, Président du Jury — *LONDRES 1908*, *BRUXELLES 1910*, *TURIN 1911*, *GAND 1913*

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

DÉTAIL : **Pharmacie VIALA, 14, Avenue des Ternes, PARIS**

On se dispensera de l'usage de l'ARSENOBENZOL :

1° Chez les sujets cachectiques ou très âgés ;

2° Chez les cardiaques dont les lésions sont mal compensées ;

3° Dans le stade ultime des syphilis et parasyphilis (tabès, paralysie générale) ;

4° Chez les sujets hémorrhagipares ;

5° Chez les sujets atteints antérieurement à l'apparition de leur syphilis d'une affection de l'oreille interne ou dont l'intégrité du fond de l'œil n'est pas absolue ;

6° Chez les sujets présentant une idiosyncrasie pour l'arsenic.

Posologie

Les doses prescrites varient considérablement suivant les auteurs. Mais, d'une façon générale, on a abandonné les doses massives uniques qui devaient réaliser la " Therapia sterilisans magna " d'Ehrlich.

Habituellement, on s'en tient, pour les injections intra-veineuses, à des doses de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 (0 gr. 25 à 0 gr. 40 pour les femmes).

En injections intra-musculaires, 0 gr. 60 pour les hommes, 0 gr. 50 pour les femmes.

Il est impossible de donner ici des indications précises au sujet de la fréquence et du nombre des injections à pratiquer dans chaque cas particulier. On trouvera ces renseignements dans la brochure que nous envoyons gratis sur demande et dans les publications spéciales.

Mode d'emploi

L'ARSENOBENZOL BILLON s'emploie en **injections intra-musculaires ou intra-veineuses.**

L'injection rectale est de plus en plus employée, particulièrement chez les enfants.

(*Consulter les notices spéciales.*)

L'ARSENOBENZOL BILLON est délivré :

a) *En tubes* scellés aux doses suivantes : 0 gr. 10, 0 gr. 20, 0 gr. 30, 0 gr. 40, 0 gr. 50, 0 gr. 60.

b) *En nécessaires* qui évitent au médecin toute manipulation et lui permettent de préparer extemporanément soit l'injection intra-musculaire, soit l'injection intra-veineuse, sans matériel d'aucune sorte. (Modèle déposé.)

Demander la littérature:

Aux Établissements POULENC FRÈRES

92, Rue Vieille-du-Temple, 92. — PARIS

Il n'existe pas de contre-indications absolues à l'emploi chez les syphilitiques, en dehors de l'asystolie, de l'urémie, ou d'un état cachectique qui n'est pas dû à la syphilis.

Il existe des contre-indications *relatives*, c'est-à-dire qu'il conviendra d'être très prudent chez les malades atteints d'affections cardio-vasculaires ; dans les affections syphilitiques à évolutiou aiguë ou subaiguë (méningite aiguë, néphrite aiguë, ictère).

Chez ces malades, la progression des doses sera très lente. On reprendra les injections à la même dose lorsqu'il y aura eu des phénomènes réactionnels.

Les phénomènes réactionnels qui suivent les injections sont dûs normalement à la destruction des spirochètes et à la réaction des tissus syphilitiques. L'intolérance qui se manifeste par l'aggravation des phénomènes réactionnels, quand on répète les injections à la même dose, est rare.

Posologie

On suivra les règles suivantes :

1° Commencer le traitement à faible dose ;

2° Mettre huit jours d'intervalle entre chaque injection ;

3° Si les injections sont bien tolérées, augmenter progressivement les doses. La dose normale peut être dépassée chez les malades atteints de syphilis récente et dans les syphilis rebelles du système nerveux quand les doses plus faibles sont bien tolérées ;

4° Si à une injection se manifestent des phénomènes réactionnels intenses et qu'au bout de huit jours ces phénomènes aient disparu, on pourra pratiquer l'injection suivante, mais sans augmenter la dose.

Si au bout de huit jours les phénomènes persistent encore, il sera prudent de diminuer légèrement la dose ou de reculer la date de l'injection, jusqu'à la disparition de ces phénomènes.

Si les injections suivantes sont bien supportées, on pourra recommencer à élever les doses.

Préparation des injections

En dépit des affirmations du début, les injections intra-musculaires de 914 sont mal supportées et elles ne permettent pas de faire des injections multiples aux doses nécessaires. C'est donc uniquement à l'injection intra-veineuse que l'on aura recours.

On injecte le NOVARSENOBENZOL :

a) *En solution concentrée* (Méthode de Ravaut).

La dose de NOVARSENOBENZOL est introduite dans un petit récipient stérilisé contenant 10 cm³ d'eau, stérilisée après distillation et froide. Cette solution peut être injectée directement après filtration.

La concentration de cette solution peut être augmentée sans inconvénient. Ravaut ajoute seulement 2 cm³ d'eau au NOVARSENOBENZOL, quelle qu'en soit la dose, pour en effectuer la dissolution. Pourvu que l'injection soit faite très lentement cette concentration ne présente aucun inconvénient.

b) *En solution diluée.*

Dans ce cas la solution, préparée comme indiqué ci-dessus, est étendue d'eau (stérilisée après distillation). Il suffit pour 0.90 ou 1.20 de NOVARSENOBENZOL d'injecter 100-120 cm³ de liquide ; 40-50 cm³ pour 0,30 ou 0,45.

L'addition de chlorure de sodium est inutile ; *on ne peut, du reste, dépasser le titre de 4 p.* 1000.

On se sert alors d'un appareil à un ou deux tubes, muni d'un caoutchouc et d'un ajutage en verre, sur lequel on insère l'aiguille.

Technique de l'injection intra-veineuse

1° Le malade sera à jeun.

2° L'injection se fait, le malade étant couché, le membre supérieur devant être immobile pendant l'injection.

Placer une bande de caoutchouc sur le bras du côté où les veines du pli du coude sont le plus apparentes.

Aseptiser le pli du coude par un badigeonnage à la teinture d'iode, nettoyer à l'alcool.

3° La seringue ou les ampoules de verre sortant de l'eau distillée bouillante, sont chargées de la solution. Sur la seringue, ou l'ajutage en verre qui termine le caoutchouc on adapte une aiguille de 5 cent. de long, de diamètre large, à biseau moyen.

4° L'opérateur saisit la seringue ou l'ajutage de la main droite, l'avant-bras de la main gauche. *Le pouce gauche fixe la veine du pli du coude la plus apparente en l'attirant de haut en bas,* de manière à éviter ses déplacements. La fixation de la veine, *qui ne doit pas se dérober sous l'aiguille,* est essentielle au succès de l'injection.

5° On pique la peau et la veine, doucement, en un temps. Le reflux du sang, dans la seringue ou l'ajutage indique que l'opération est réussie. On pousse *très légèrement* l'aiguille dans l'axe de la veine, *sans traverser celle-ci.*

Lorsque la veine est traversée, le reflux du sang s'arrête.

6° Quand on a fait une fausse manœuvre il faut retirer l'aiguille et piquer un autre point.

L'injection est faite lentement.

Après l'injection, le malade doit se reposer quelques heures.

Il ne doit pas manger. La température sera prise toutes les deux heures après l'injection. (Température buccale ou rectale.)

